

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Adéla Mádlová

**Klient a jeho cesta terapeutickým kontinuem služeb – rozšířená
kazuistika**

The client and his therapeutic continuum journey – extended casuistry study

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Jiří Libra

Praha, 2017

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 18. 7. 2017

.....

Adéla Mádlová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

MÁDLOVÁ, Adéla. *Klient a jeho cesta terapeutickým kontinuem služeb – rozšířená kazuistika*. [The client and his therapeutic continuum journey – extended casuistry study]. Praha, 2017. 51 s., 4 příl. Bakalářská Práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2017. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jiří Libra

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce, panu doktoru PhDr. Jiřímu Librovi, za významnou podporu, odborné vedení, cenné rady, ochotu a věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala všem klientům a odborným pracovníkům, díky kterým jsem mohla realizovat svou závěrečnou práci. A v neposlední řadě patří velký dík mým rodičům, kteří mi zajistili kvalitní podmínky pro studium, za jejich vstřícnost a psychickou podporu.

ABSTRAKT

Východiska: Kazuistická studie se zaměřuje krom individuálního osudu klienta také na posloupanosti, které doprovázely klienta na jeho cestě terapeutickým kontinuem. Subjektivní hodnocení klientů jejich dosavadní cesty službami nám dává možnost pohlédnout na problematiku matchingu z jiného úhlu. Matching, neboli párování potřeb s vhodným typem péče pro individuálního klienta, je aktuálním tématem nejen v adiktologických službách, a proto je vhodné se tomuto tématu dále věnovat.

Cíl: Jádrem závěrečné bakalářské práce je kazuistická studie se zpracováním subjektivního hodnocení respondentů s cílem prozkoumat problematiku párování potřeb v jednotlivých adiktologických službách.

Soubor: Sběru dat se účastnili čtyři respondenti, muži, zhruba stejné věkové kategorie, s trvalým bydlištěm na různých místech České republiky. Všichni respondenti se nacházeli v nejmenované věznici na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Respondenti byli vybráni náhodně, za účelem rozmanitosti v podstoupených léčbách.

Metody: Praktická část závěrečné bakalářské práce byla realizována za pomoci částečně řízeného rozhovoru se standardizovanými otázkami vycházejících z anamnestického listu, dále za pomoci vlastních otázek týkajících se zkoumané problematiky, studiem dostupné zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pracovníky oddělení. Data byla zpracována za pomoci třídění a redukci informací, tedy obsahové analýzy.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že přestože klienti byli ve většině případů odbornými službami posuzováni, nebyla jim poskytnuta vhodná léčba v souvislosti s náročností programu a schopnostem klienta tento program absolvovat při pobytu v zařízení krátkodobé a střednědobé lůžkové péče a na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. V nízkoprahových programech a v terapeutických komunitách došlo ve všech případech k naplnění potřeb klientů.

Závěry: Díky výsledkům bylo zjištěno, že ne každá odborná služba poskytuje komplexní péči svým klientům a často dochází k nevhodnému zařazení klienta do léčby. Tyto poznatky mohou být využity k realizaci širší studie s větším počtem respondentů, při které bychom do budoucna mohli získat komplexnější výsledky.

Klíčová slova:

Adiktologické služby - Terapeutické kontinuum – Kazuistika

ABSTRACT

Background: The Kazuistic study focuses, besides the individual's client's fate, also on the successions that accompanied the client on his path through the therapeutic continuum. Client's subjective evaluation of their actual path through services gives us option to look at the issue of matching, from another angle. Matching or matching needs with the appropriate type of care for an individual client is a current issue, not only in addictology services, therefore is desirable to focus further on this topic.

Targets: The core of the final bachelor thesis is a casuistic study that includes elaboration of respondents subjective evaluations with the intention to examine problematics of matching needs in individual addictological services.

Research group: Four respondents, men, around the same age, with permanent residence in various places of the Czech Republic participated in the data collection. All respondents were in an unnamed prison in a specialized department for convicts with a behavioral disorder caused by the use of narcotics and psychotropic substances. Respondents were selected randomly for the purpose of diversity in undergoing treatments.

Methodology: The practical part of the final bachelor's thesis was implemented with the contribution of a partially controlled interview, with standardized questions based on the anamnestic sheet, further the own questions concerning the studied subject were used, the study of the available medical documentation and the interview with the staff of the department.

Results: The results show that although clients were in most cases evaluated by professional services, they were not given appropriate treatment due to the programs complexity and lack of the client's ability to complete this program while staying in the short- and mid-term care facility and in the specialized department for convicts with a disorderly behavior caused by using narcotic and psychotropic substances. In low-threshold programs and in therapeutic communities clients' needs were fulfilled in all cases.

Conclusions Results are indicating that not every professional service provides complex care to its clients and this often leads to inappropriate client therapy placement. These findings can be used to implement a more extensive study with a larger number of respondents, which we could use in the future for more comprehensive results.

Keywords:

Addictological services - Therapeutic kontinuum – Casuistry study

Obsah

1. ÚVOD.....	1
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	3
2.1. Standardy odborné způsobilosti	3
2.1.1. Definice	3
2.1.2. Vstup klienta do služby.....	3
2.1.3. Individuální plán	4
2.1.4. Návaznost služby	4
2.1.5. Speciální standardy.....	5
2.2. Terapeutické kontinuum adiktologických služeb.....	8
2.2.1. Definice	8
2.2.2. Detoxifikace	8
2.2.3. Nízkoprahové služby.....	9
2.2.4. Ambulantní péče	10
2.2.5. Denní stacionář.....	11
2.2.6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče	11
2.2.7. Terapeutická komunita.....	12
2.2.8. Následná péče	13
2.2.9. Substituční léčba.....	14
2. 2. 10. Programy ve vězení	14
2.3. Matching	15
2.3.1. Definice.....	15
2.3.2. Diagnostika a standardizace	15
2.3.3. Indikace pro léčbu	16
3. KLINICKÁ ČÁST	17
3.1. Výzkumné cíle a otázky	17
3.2. Etické náležitosti	18
3.3. Předmět kazuistické studie	18
3.4. Použité metody	18
3.4.1. Metody použité k získání dat.....	18

3.4.2. Metody analýzy dat	19
3.4.3. Interpretace dat.....	19
3.5. Cesta klienta 1 terapeutickým kontinuem	20
3.5.1. Představení klienta	20
3.5.2. Adiktologická anamnéza.....	20
3.5.3. Historie léčby	21
3.5.4. Situace výchozího bodu	21
3.5.5. Přepis rozhovoru	23
3.6. Cesta klienta 2 terapeutickým kontinuem	26
3.6.1. Představení klienta	26
3.6.2. Adiktologická anamnéza.....	26
3.6.3. Historie léčby	27
3.6.4. Situace výchozího bodu	27
3.6.5. Přepis rozhovoru	29
3.7. Cesta klienta 3 terapeutickým kontinuem	31
3.7.1. Představení klienta	31
3.7.2. Adiktologická anamnéza.....	31
3.7.3. Historie léčby	32
3.7.4. Situace výchozího bodu	32
3.7.5. Přepis rozhovoru	34
3.8. Cesta klienta 4 terapeutickým kontinuem	36
3.8.1. Představení klienta	36
3.8.2. Adiktologická anamnéza.....	36
3.8.3. Historie léčby	37
3.8.4. Situace výchozího bodu	37
3.8.5. Přepis rozhovoru	39
3.9. Porovnání subjektů kazuistiky.....	40
4. DISKUZE.....	44
5. ZÁVĚR.....	47
6. POUŽITÁ LITERATURA	49

1. ÚVOD

Téma závěrečné bakalářské práce „Klient a jeho cesta terapeutickým kontinuem adiktologických služeb“, které je zpracováno formou kazuistické studie, jsem si zvolila zejména z důvodů osobních interakcí s klienty, se kterými jsem měla tu možnost spolupracovat v rámci odborné stáže v nejmenované věznici. Tato odborná stáž byla pro mne velkým přínosem, jak z hlediska profesního, tak i osobního rozvoje. Se všemi čtyřmi klienty jsem strávila dva týdny a měla jsem možnost pozorovat jejich život v uzavřeném prostředí věznice. Pochopitelně nemohu konstatovat, že jsem zcela pronikla do problematiky života ve vězení na specializovaném oddělení. Klienti na této stáži byli zcela odlišní od ostatních, které jsem směla poznat za tři roky svého studia v rámci odborných praxí. Byli daleko více odtažití, velice uzavření a na rozdíl od ostatních neuměli zcela popsat a zachytit své pocity a problémy. Avšak dovoluji si říci, že jsem se za dva týdny každodenního setkávání se se svými respondenty k nim přiblížila natolik, že jsme byli schopni navzájem komunikovat tak, jako bychom se setkali například v terapeutické komunitě.

Tito klienti pro mne byli novou výzvou, dobýváním, které u předešlých klientů neproběhlo, a proto se stali mou inspirací pro tuto kazuistickou studii.

Klientova účast v kazuistice byla zcela dobrovolná, a všichni zúčastnění byli seznámeni s účelem této práce. Klienti souhlasili s poskytnutím údajů o svém osobním životě, vývoji podstoupených léčeb i s nahlížením do dostupné dokumentace. Klienti souhlasili s tím, že získané informace mohou být publikovány takovým způsobem, aby byla zajištěna jejich anonymita a nemohlo dojít ke zneužití těchto informací. Informovaný souhlas s využitím získaných informací podepsali všichni respondenti. Vzor informovaného souhlasu je přílohou této práce.

Cílem práce je poukázat na problematiku matchingu, tedy párování potřeb klienta a nabízené služby v rámci léčebného procesu, a také zjistit, zda klientům nabízené služby postupují v léčebných procesech dle standardů odborné způsobilosti. Cílem je též zpracování subjektivního hodnocení jednotlivých klientů, jejich dosavadního průběhu podstoupených léčebných procesů.

Zpracovaná data jsou získána z dostupné dokumentace odborného zařízení, z rozhovoru s klienty a z rozhovoru s pracovníky, poslední klientem využívané služby.

Práce se skládá ze dvou částí- teoretické části a části klinické. V teoretické části bude čtenář seznámen s tématy, která blíže popisují zkoumané jevy na základě odborné literatury. Jedná se o pojmy, jako je matching, terapeutické kontinuum a pro tuto práci podstatné kapitoly standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby.

Klinická část se skládá ze série kazuistických studií čtyř klientů, ve kterých se blíže seznámíme s klienty a jejich životními příběhy. Série kazuistik stručně popisují osobní anamnézu, ale více se zabírají anamnézou adiktologickou, průběhem léčebných interakcí a subjektivním vnímáním klienta léčebného procesu. Součástí klinické části jsou i záznamy z rozhovorů jednotlivých klientů, které hodnotí využívané služby nabízené klientům z hlediska vybraných kapitol standardů odborné způsobilosti. Záměrem této práce bylo poukázat na klientův individuální průběh průchodu službami s možnou posloupností i rozporem s nastavenými standardy.

2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1. Standardy odborné způsobilosti

2.1.1. Definice

„Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby jsou minimálními požadavky na odbornou způsobilost služeb a programů. Certifikace či akreditace využívající tohoto typu standardů je výrazem záruky státu ve spolupráci s odbornými společnostmi, že služby jsou dostupné místně, finančně, že jejich praxe odpovídá mezinárodně uznávaným standardům odborné způsobilosti, která představuje širší pojetí kvality – jsou kvalifikovaně personálně zajištěny, řídí se platnými právními normami, procedury odpovídají nastaveným organizačním parametrům, dokumentace je vedena s ohledem na legislativní, etické i praktické požadavky, je zajištěno bezpečí, práva pacientů i pracovníků apod. Nejedná se o standardy jednotlivých metod nebo postupů odvozených od případů či diagnózy“ (Libra a kol., 2015).

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické služby jsou rozděleny na obecné standardy odborné způsobilosti a speciální standardy odborné způsobilosti. Obecné Standardy odborné způsobilosti popisují minimální požadavky všech typů služeb v České republice. Následující podkapitoly (2.1.2., 2.1.3. a 2.1.4.) popisují tři ze sedmi oddílů obecných standardů.

2.1.2. Vstup klienta do služby

Tento třetí obecný standard odborné způsobilosti popisuje především jednání zařízení se zájemcem o službu, příjem nového klienta do odborné péče a uzavření dohody o poskytování odborné péče.

Každé zařízení, poskytující odborné adiktologické služby, má stanovené podmínky a způsoby pro vstup, průběh i ukončení odborné péče. Při přijímání nových klientů do terapeutického programu jsou pracovníci zařízení povinni seznámit zájemce o službu s kritérii a způsobem poskytování odborné péče, zhodnotit celkový stav a aktuální potřeby klienta a posléze s ním uzavřít ústní či písemnou dohodu o poskytování služby (Libra a kol., 2015).

Dle Standardů odborné způsobilosti (2015), má každá služba svůj stanovený postup pro informování potencionálního klienta o obsahu, rozsahu, podmínkách a cílech nabízené odborné adiktologické péče. Cílem těchto postupů je především seznámit klienta srozumitelnou formou s daným typem a formou nabízené služby, aby se klient mohl rozhodnout vzhledem ke svým aktuálním potřebám a možnostem, zda službu využije, či nikoli.

Sestavení individuálního terapeutického a léčebného plánu předchází komplexní zhodnocení stavu klienta včetně somatických, psychologických a psychiatrických komplikací i sociálního stavu. Míra a komplexnost vyšetření a zhodnocení klienta závisí na kompetencích a možnostech každého typu zařízení. Na sestavení plánu poskytování odborné péče by se měl zájemce o službu, tedy klient, sám podílet a poskytovatel odborné služby by měl brát zřetel na klientovi aktuální možnosti, zájmy a především potřeby (Libra a kol., 2015).

Poté, co poskytovatel odborné služby zajistí zhodnocení stavu nového klienta a sestavení individuálního terapeutického plánu poskytování odborné péče, vysloví klient souhlas buď v ústní či listinné podobě a uzavírá se mezi zájemcem o službu (klientem) a poskytovatelem programu dohoda o poskytování odborné služby, která stanovuje a vymezuje konkrétní cíl, náplň a kritéria poskytované odborné služby (Libra a kol., 2015).

2.1.3. Individuální plán

Čtvrtý obecný standard odborné způsobilosti zachycuje zásady poskytování odborné adiktologické služby a především stanovení individuálního plánu odborné péče.

Stanovení vhodné léčby klienta předchází zhodnocení fyzického a psychického zdravotního stavu, sociální situace i zhodnocení stupně závislosti s typem a rozsahem užívání návykové látky. Stanovená léčba by měla odpovídat individuálním a aktuálním potřebám klienta a vést ho k optimální kvalitě života (Libra a kol., 2015).

Standardy odborné způsobilosti (2015) uvádí, že ve stanoveném individuálním plánu odborné péče je obsažen cíl, kterého by klient chtěl prostřednictvím odborné služby dosáhnout. Individuální plán je přizpůsoben možnostem klienta a odráží jeho aktuální potřeby. Odborný program se snaží vést klienta k realizování stanovených cílů. Individuální plán odborné péče je též v trvání programu aktualizován. Průběžně se též hodnotí realizace stanovených cílů vzhledem k aktuálním možnostem klienta.

2.1.4. Návaznost služby

Pátý obecný standard odborné způsobilosti udává organizační aspekty odborných programů. Odborné služby by měli pracovat na rozvoji a udržování vztahů mezi ostatními poskytovateli odborných služeb. Každý program by měl mít ucelené informace o poskytování zdravotní péče, odborného poradenství, programech zaměřujících se na harm reduction, ústavní či ambulantní detoxifikaci, intenzivní ambulantní či lůžkové péči, léčbě v terapeutických komunitách, substituční i následné péči v jiných zařízeních ve svém okolí a aktivně se podílet na budování vztahů v souvislosti se zachováním kontinuity léčebného procesu jednotlivých klientů. Tyto vzájemné vztahy by měli dopomoci k tomu, aby byla klientovi poskytnuta kompletní péče, která je pro něj vzhledem k jeho aktuálním potřebám nezbytná (Libra a kol., 2015).

2.1.5. Speciální standardy

Speciální standardy odborné způsobilosti charakterizují a popisují typy služeb a programů v České republice. Všech deset typů služeb a programů jsou ve standardech odborné způsobilosti zachyceny v souvislosti se svou cílovou populací a popisem poskytované odborné péče.

Dle Standardů odborné způsobilosti (2015) jsou typy odborné léčebné péče členěny takto:

1. Detoxifikace
2. Terénní programy
3. Kontaktní a poradenské služby
4. Ambulantní léčba
5. Ambulantní stacionární péče
6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče
7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Doléčovací programy
9. Substituční léčba
10. Adiktologické služby ve vězení

Detoxifikace, je dle Standardů odborné způsobilosti (2015) definována jako akutní lůžková péče, která je poskytována klientům, kteří jsou ohroženi odvykacím stavem při vysazení užívané návykové látky. Klienti, kteří využívají detoxifikačního programu nesmí být v ohrožení života, tedy v riziku spojeném s poruchou základních životních funkcí. Detoxifikace poskytuje lůžkovou péči v trvání do tří týdnů. Detoxifikace je odborným zdravotnickým programem a bývá poskytována buď samostatně s návazností na jiný léčebný program, či jako součást odborné lůžkové péče zdravotnického zařízení. Terapeutický program je často doprovázen farmakoterapií, kterou stanovuje lékař v souvislosti se zdravotním stavem klienta. Denní aktivity jsou klientovi přizpůsobeny s ohledem na jeho možnosti. Tyto aktivity se obvykle pohybují okolo intervencí a práce s motivací.

Terénní programy jsou službou poskytující odbornou péči v přirozeném sociálním prostředí klienta. Jedná se především o navázání kontaktu s uživateli návykových látek, výměnný program a sociální poradenství. Terénní programy se prezentují především jako služby zaměřující se na harm reduction, tedy snižování zdravotních i sociálních dopadů rizikového chování. Tento program se též snaží ovlivnit motivaci aktivních uživatelů návykových látek, vyhledávat či zprostředkovávat léčebná zařízení s ohledem na možnosti jednotlivých klientů. Cílovou skupinou, kterou pracovníci terénních programů aktivně vyhledávají, jsou především problémoví uživatelé návykových látek. Dále to jsou osoby, které s návykovými látkami experimentují, či je užívají rekreačně, ale hrozí u nich riziko škodlivého užívání (Libra a kol., 2015).

Kontaktní a poradenské služby jsou službami nízkoprahovými, které se zaměřují na vytváření kontaktu s aktivními uživateli návykových látek, principy harm reduction podpořené poradenstvím ve zdravotní a sociální sféře i možností výměny injekčního náčiní. U kontaktních a poradenských služeb je na rozdíl od terénních programů dbán větší důraz na změnu motivace klientů za pomoci poradenství v oblasti prevence i léčby závislostí. Je zde s aktivní účastí klienta plánován rozsah poskytování odborné péče se stanoveným cílem, který je uskutečňován s ohledem na klientovi aktuální možnosti. Služba je schopna zajistit zhodnocení stavu klienta a zprostředkování vhodné léčby. Tento odborný program poskytuje i hygienický a potravinový servis. Stejně jako u terénních programů, jsou cílovou skupinou osoby problémově užívající návykové látky, ale i rodinní příslušníci klientů (Libra a kol., 2015).

Ambulantní léčba je dle Standardů odborné způsobilosti (2015) definována jako odborná péče poskytovaná klientům závislým na různých typech návykových látek, na kterou se daná ambulantní léčba specializuje. Cílovou skupinou jsou i patologičtí hráči či lidé ohrožení závislostním chováním. Tato léčba, stejně jako detoxifikace, je poskytována buď samostatně s návazností na jiný léčebný program, či jako součást jiné odborné péče. Většinou na ni navazují střednědobá i dlouhodobá ústavní léčení, či doléčovací programy. Ambulantní léčba poskytuje klientům kompletní diagnostiku, poradenství v oblasti zdravotního a psychického stavu klienta, individuální, skupinové psychoterapie a práci s rodinou, práci s motivací, sociální práci a v některých případech i farmakoterapii. Individuální léčebný plán je sestaven za účasti klienta, vychází z jeho aktuálních potřeb a je přizpůsoben jeho možnostem.

Ambulantní stacionární péče je podobnou službou jako ambulantní léčba předešlá, doplněná o programy stacionářů v délce trvání do čtyř měsíců. Tato adiktologická péče je doplněná o intenzivní programy, které zajišťují denní či noční stacionáře. Klient se účastní strukturovaného programu minimálně 15 hodin týdně, pokud se jedná o odpolední stacionář, minimální rozsah je 9 hodin týdně (Libra a kol., 2015).

Krátkodobá a střednědobá lůžková péče je poskytována klientům ve zdravotnickém zařízení v obvyklé délce trvání 5-24 týdnů. Cílovou skupinou jsou osoby trpící látkovými či nelátkovými závislostmi, často spojené s jinými psychiatrickými diagnózami. Služba zajišťuje komplexní zhodnocení stavu a následné sestavení individuálního léčebného plánu s ohledem na klientův psychický a somatický stav. Hlavním terapeutickým prostředkem je skupinová psychoterapie. Dalšími strukturovanými aktivitami jsou například rodinná a partnerská psychoterapie, sociální práce či prevence relapsu (Libra a kol., 2015).

Dle Standardů odborné způsobilosti (2015) je Rezidenční péče v terapeutických komunitách definována jako střednědobá a dlouhodobá lůžková péče v délce trvání od šesti do osmnácti měsíců. Terapeutická komunita zajišťuje pro své klienty bezpečné

prostředí k osobnímu rozvoji a podpoře trvalé změny chování. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek, alespoň s mírnou motivací ke změně rizikového chování. Terapeutická komunita disponuje pravidly, dle kterých klienti žijí každý den vedle svých spolubydlících a učí se sociálním dovednostem. Tuto službu předchází krátkodobá léčba či detoxifikace a navazují na ni doléčovací programy. V komunitním spolužití se klienti rozlišují do několika léčebných fází, které udávají jejich postup v léčbě a různé stupně povinností a pravomocí. Denní režim je intenzivní a strukturovaný. Jedná se o aktivity, jako jsou například komunitní setkání, skupinové psychoterapie, pracovní terapie a další. Zásadní složkou terapeutického programu je socioterapie, psychoterapie a rodinná terapie.

Doléčovací programy jsou určeny pro klienty, kteří abstinují od své návykové látky a to po dobu minimálně tří měsíců. Tyto programy podporují klienty v udržení abstinence po předešlé léčbě a pomáhají jim navrátit se do procesu každodenního života. Doléčovací programy probíhají v délce nejméně šesti měsíců a jejich součástí jsou individuální a skupinové psychoterapie, prevence relapsu, popřípadě i chráněné bydlení a pracovní dílny, které pomáhají klientům s resocializací (Libra a kol., 2015).

Substituční léčba je dle Standardů odborné způsobilosti (2015) ambulantní udržovací léčbou náhradní látkou, která je určena klientům závislým na opiátech. Cílem této léčby je předcházet syndromu z odvykání drogy a zároveň zlepšit kvalitu života klientů. Léčba substituční látkou je poskytována jako zdravotní služba a množství substituční látky je klientům stanoveno kompetentním ošetřujícím lékařem. Součástí léčebného programu substituční léčby jsou náhodná toxikologická vyšetření moči, individuální poradenství a různé resocializační aktivity.

Adiktologické služby ve vězení jsou poskytovány jako služby v oblasti prevence recidivy, jak drogové, tak kriminální a léčby závislostí. Tyto služby se snaží poskytovat dostatečnou péči dle svých možností a aktuálních potřeb jednotlivých klientů. Adiktologické služby se v jednotlivých věznicích liší. Některé věznice poskytují substituční léčbu, jiné harm reduction terapie či poradensko-terapeutické programy. Délka léčby a frekvence kontaktu je individuálního charakteru. Důvěra klientů k jednotlivým pracovníkům v adiktologických službách ve věznicích je postavena na civilních pracovnících a externistech. Přesto jsou tyto služby poskytovány za spolupráce vězeňské služby (Libra a kol., 2015).

2.2. Terapeutické kontinuum adiktologických služeb

2.2.1. Definice

Slovy „terapeutické kontinuum“ se rozumí souvislý a uspořádaný léčebný proces, v tomto případě tedy adiktologických služeb, konkrétně se jedná o propojení léčebných interakcí od nízkoprahové intervence až po doléčovací programy.

„Objednávka a potřeby klienta vyžadují terapeutickou práci již od začátku kontaktu s odbornými službami, a současně bývá nezbytné propojení intervencí napříč různými odbornými službami (poradenství, edukace, detox, léčba komplikací, somatická léčba, farmakoterapie, terapeutická komunita, komplexní doléčovací centrum, následná krizová a opakovací léčba)“ (Jeřábek, 2015).

2.2.2. Detoxifikace

Detoxifikace, neboli proces zvládnání odvykacího stavu, probíhá většinou během hospitalizace klienta ve zdravotnickém zařízení, dále je prováděna ambulantní formou za pomoci pravidelné kontroly odborným zdravotním personálem (Kalina a kol., 2015). Další možností, jak klienti zvládají odvykací stav při vysazení návykové látky, je takzvaná „samoléčba“, kdy se klient snaží svůj odvykací stav zvládnout svépomocí. Různé skupiny návykových látek s sebou též nesou různé míry rizik a stupně závažnosti při stavu z odnětí drogy. Dle stupně závažnosti stavu a druhu užívané látky se také odvíjí doba, kterou detoxifikace vyžaduje (Nešpor, 2003).

Odborníci se shodují v názoru, že detoxifikace je pouze počáteční fází déletrvajícího léčebného programu a že sama o sobě je přínosná pouze z důvodu akutní intoxikace či snížení tolerance vůči užívané látce (Dvořáček, 2015).

V léčbě odvykacích příznaků rozlišujeme detoxifikaci medikovanou a nemedikovanou. Farmakologická léčba se využívá u klientů s vážnějšími komplikacemi při odvykacím stavu a dle druhu užívané návykové látky.

Kromě farmakologie se na detoxifikaci využívá též psychoterapie, kde je důležité se věnovat především práci s motivací (Nešpor, 2011). Sociální práce s klienty má v tomto léčebném programu taktéž své důležité místo. Odborný pracovník pomáhá klientovi při výběru a zprostředkování další léčby, s pracovními a právními záležitostmi, při jednání s úřady a podobnými záležitostmi (Nešpor, 2003).

2.2.3. Nízkoprahové služby

Nízkoprahové služby rozdělujeme na terénní programy a kontaktní centra. Tyto nízkoprahové programy nazýváme též jako služby harm reduction. Programy harm reduction slouží především ke snížení zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů způsobených užíváním návykových látek.

Dle IHRA (2010) je tato strategie snižující negativní dopady užívání drog prospěšná nejen pro samotné uživatele, ale i pro jejich rodiny a celou společnost.

Služby harm reduction zahrnují širokou škálu intervencí, které se liší v souvislosti s prostředím poskytované služby a s cílovou skupinou, na kterou je program zaměřený. Jedná se především o služby poradenské a informační, sociální práce, výměnné programy, testování na HIV a jiné (Gerra, 2009).

Jedním z hlavních principů nízkoprahových služeb je zajištění anonymity klientů, čímž je potlačen pocit stigmatizace z využívání těchto programů (Kalina a kol., 2003).

Terénní programy jsou specifické vykonáváním své práce v přirozeném prostředí klientů, většinou se jedná o poskytování služeb na ulici či přímo v obydlí, kde se pracovníci snaží oslovit skrytou populaci uživatelů návykových látek, nabízí jim své služby a zároveň budují důvěryhodnost v samotný program (Kalina a kol., 2003). Pracovníci terénních programů budují vztah s klienty a udržují ho v úrovni dospělý – dospělý, kde se nestaví do role kárajícího rodiče (Titman, Staňková, 2012).

Klienti těchto programů jsou většinou problémovými uživateli návykových látek s absencí motivace ke změně chování a tyto programy jsou pro většinu z nich prvním kontaktem s adiktologickými službami. Hlavním cílem terénních programů je mimo kontaktování skryté populace též učit uživatele návykových látek bezpečnějšímu užívání a tím snižovat výskyt HIV positivity a hepatitid či předcházet případům předávkování a páchání trestné činnosti (Kalina a kol., 2003).

Nízkoprahová kontaktní centra jsou stejně jako terénní programy určena problémovým uživatelům návykových látek s nízkou motivací ke změně chování. Na rozdíl od terénních programů jsou zde veškeré služby poskytovány přímo v uzavřeném prostředí kontaktního centra (Libra, 2003). Kontaktní místnosti slouží nejen k odpočinku klientů, ale především pro živý kontakt pracovníka s klientem (SANANIM, 2012). Služby poskytované v kontaktních centrech jsou dle Kudrleho a Kaliny (2001) následující:

- *kontaktní práce*, kdy dochází k navázání kontaktu s klientem a budování vzájemných vztahů
- *výměnný program*, při kterém dochází k výměně injekčních setů a distribuci potřebných prostředků

- *základní zdravotní péče*, do které můžeme zařadit i možné testování na HIV virus a hepatitidy
- *poradenství* ve zdravotních a sociálních aspektech s důrazem na koncept harm reduction
- *Individuální poradenství a motivační rozhovory*
- *sociální práce*, kde klient hledá pomoc při komunikaci s úřady, soudy či policií. Nabízená je klientovi i pomoc při hledání zaměstnání, ubytování či při kontaktu s rodinou
- *Doplňkové služby*, jako je například hygienický či potravinový servis

2.2.4. Ambulantní péče

Odborná ambulantní zdravotní péče je dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) poskytována především v takzvaných AT ambulancích, které poskytují ambulantní lékařskou péči pro všechny potřebné pacienty. Tyto ambulance se věnují klientům, kteří jsou závislí na návykových látkách i klientům kteří s nimi pouze experimentují či jsou příležitostnými uživateli. Klientelu ambulantní péče tvoří lidé motivovaní ke změně svého závislostního chování i lidé s nízkou motivací. Jedná se o klienty, kteří navštěvují ambulanci na přání rodiny i klienty, kterým byla léčba nařízena soudem (Hampl, 2003). Ambulantní léčba je však vhodnější pro klienty s nižším potenciálem pro relaps, s neškodícím sociálním prostředím a s vyšší mírou sebekontroly (Kalina a kol., 2001).

Klientům je zde kromě terapeutické péče poskytována lékařská péče, jako je základní klinické vyšetření, sestavení potřebných anamnéz a různá laboratorní a pomocná vyšetření, což tvoří komplexní poskytování služby v léčbě závislostí a přispívá tak k její efektivitě (Pringle, Edmondson, Holland et al., 2002).

Terapeutický program ambulantní léčby se skládá především z psychoterapie, jejíž hlavní složkou je individuální psychoterapie, kde se terapeut snaží vést pacienta ke změně závislostního chování a usiluje o převzetí odpovědnosti za svůj současný stav (Riesel, 2015). Součástí psychoterapie je i práce s rodinnými příslušníky klientů a jejich partnery. Další klíčovou metodou je skupinová terapie, která dle Popova (2003) umožňuje klientovi ujistit se v rozhodnutí léčit svou závislost a začít realizovat své cíle.

Aby léčba v ambulantním zařízení byla komplexní, využívá se také farmakoterapie, která slouží k potlačení komplikací vznikajících užíváním návykových látek. Dále je zde zastoupena socioterapie, která klientovi umožňuje znovu se začlenit do společnosti (Hampl, 2003).

2.2.5. Denní stacionář

Denní stacionář je zařízení, které poskytuje svým klientům denní péči. Jedná se o nelůžkovou péči, poskytovanou během všedních dnů. Tato léčba je vhodná pro klienty, kteří jsou schopni abstinence bez vyčlenění z jejich sociálního prostředí. Léčba bez sociální exkluze by klientovi měla umožnit zachovávat vztahy rodinné i partnerské i po dobu své léčby (Kalina a kol., 2001).

V tomto léčebném programu jsou využívány prvky terapeutické komunity. Podstatou je intenzivní a strukturovaný přesný časový rozvrh, důraz na dodržování pravidel a udělování sankcí za jejich porušení a rozmanitost a vyváženost terapeutických i ostatních aktivit (Kalina, 2003).

Dle Kaliny (2001), by takto strukturovaný program měl probíhat minimálně čtyři hodiny denně a to po dobu pěti dní v týdnu. Nezbytnou součástí programu též uvádí i práci s rodinou a prevenci relapsu.

Programy denních stacionářů se většinou řadí mezi střednědobou léčbu v trvání od tří do šesti měsíců s možností prodloužení léčby po absolvování programu, a to v podobě individuálního poradenství.

Hlavním cílem denních stacionářů je nejen dosažení a udržení abstinence, ale také rozvoj klienta v sociální oblasti, především k udržení osobních i profesních vztahů, dále získání dovedností potřebných ke každodennímu životu a podpora v osobnostním zrání jedince (Kalina, 2003).

Sociální stabilizace klienta spočívá v pomoci s řešením dluhů, zaměstnáním, bydlením i v pomoci s trestně - právními záležitostmi (Richterová Těmínová, 2008).

2.2.6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče

Krátkodobá léčba je dle Kaliny (2001) definována jako ústavní léčba, která nepřesahuje délku tří měsíců. Většinou se jedná o léčbu v délce čtyř až osmi týdnů. Léčebný program je strukturovaný a zaměřený spíše na léčebné aktivity, které odsouvají do pozadí aktivity rehabilitační a resocializační. Tato léčba je vhodná pro klienty, kteří jsou ohroženi relapsem a jsou motivováni k léčbě. Dále je vhodná pro klienty, kteří trpí kromě závislostního chování jinou osobnostní poruchou či somatickým onemocněním.

Tato léčba je většinou považována za léčbu úvodní, která je následována jiným programem střednědobé či dlouhodobé péče (Kalina a kol., 2001).

Střednědobá léčba závislostního chování je ústavní léčbou v délce trvání od tří do šesti měsíců. Typická střednědobá ústavní péče je poskytována ve zdravotnickém zařízení. Léčba ve zdravotnickém zařízení zajišťuje klientům nejen možnost léčby závislostního chování, ale také léčbu psychického a somatického onemocnění, které mohlo být

vyvoláno užíváním návykové látky. Za střednědobou léčbu však můžeme označit i program v terapeutických komunitách, který se poskytuje klientům v délce trvání od šesti do osmi měsíců (Kalina a kol., 2001).

Mezi typické cíle střednědobé ústavní léčby patří kromě abstinence, například převzetí zodpovědnosti za své chování, uznání závislosti jako svého problému, řešení důsledků svého problému, zvnitřnění a utvrzení se v motivaci, přijetí pravidelnosti strukturovaného dne a dostupných aktivit, budování sebedůvěry a práce s rizikem relapsu (Dvořáček, 2003).

Základními aktivitami těchto programů jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní setkání. Využívá se tedy prvků terapeutické komunity. Skupinové terapie jsou dle Popova (2003) klíčovou složkou v léčbě závislostního chování. Skupiny v tomto prostředí bývají více zaměřeny na problematiku jednotlivých pacientů a jejich podoba se liší v souvislosti se zaměřením terapeuta či stanovených cílů klientů ve skupině (Miovský, Bartošíková, 2003). Dále také autoři uvádějí, že účinné skupinové psychoterapii předchází individuální práce s klienty, která je na skupiny řádně připravuje a motivuje. Nutnou součástí skupinových terapií a komunitních sezení jsou různé formy práce s partnery a rodinnými příslušníky (Kalina a kol., 2001). Dalšími aktivitami jsou i pracovní terapie, které podporují v klientech zodpovědné chování. Nesmíme opomenout volnočasové aktivity, které klientům přinášejí nejen odpočinek, ale také příležitost pro sociální interakce (Kalina a kol., 2015).

2.2.7. Terapeutická komunita

Pojmem terapeutická komunita rozumíme specializované pobytové zařízení, zaměřené nejen na léčbu závislosti jako takové, ale je zde kladen důraz na sociální rehabilitaci. Léčba je zde poskytována v rozmezí od šesti do osmnácti měsíců (Kalina a kol., 2003). Terapeutická komunita představuje strukturované a bezpečné, tedy bezdrogové prostředí, ve kterém se klienti učí spoluzít v prostředí s vymezenými pravidly, řádem a jasně definovanými sankcemi (Kalina a kol., 2001).

Mezi cíle terapeutických komunit patří učení se zodpovědnému chování, upevnění určitého režimu, osvojení si základních sociálních dovedností či zlepšení zvládání stresových situací a vystavení se konfrontacím (Adameček, Radimecký, 2015). Hlavním z cílů programu je vytvořit pro klienty podmínky pro osobní rozvoj a tím zajistit trvalou změnu životního stylu. Klienti zde pomalu přecházejí z terapie do běžného života a tím se učí zvládat různé situace bez drog (Kalina, 2008).

Hierarchická podoba komunity dává klientovi možnost určité pravomoci a učí ho přejímání zodpovědnosti. Ve skupině klientů se práva a povinnosti odvíjejí od fáze léčby, ve které se klient nachází i od komunitou přidělené funkce. Léčebný proces v terapeutické

komunitě se většinou rozděluje do čtyř fází, z nichž každá fáze představuje postup klienta v léčbě. Jednotlivé fáze se liší mírou práv a povinností (Adameček, Radimecký, 2015).

Programy terapeutických komunit využívají skupinu klientů k dosažení stanovených cílů (De Leon, 2000). Klienti žijí v rodinném prostředí někde mezi realitou a terapeutickým prostředím (Kalina a kol., 2001). Strukturovaný program v terapeutické komunitě se podobá běžnému životu. V pracovních dnech se využívá pracovní terapie a o víkendech je větší prostor na volnočasové aktivity. Mezi každodenní aktivity v terapeutické komunitě patří kromě pracovní terapie především komunitní setkání, různé druhy skupinových terapií, individuální rozhovory, rodinné terapie a sociální práce (Adameček, Radimecký, 2015).

2.2.8. Následná péče

Následnou péči tvoří intenzivní a strukturované programy ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy zaměřené na navrácení klienta do pracovního procesu (Libra, 2015). Vycházíme-li z kruhového modelu změny chování, považujeme následnou péči za poslední fázi procesu, kdy se péče týká intervencí zaměřených na udržení změny chování (Marlatt, Barrett, 1994). Cílem služeb následné péče je udržet změnu chování dosaženého v léčbě a stabilizovat klienta v prostředí běžného života. Tyto služby se zaměřují na přípravu klienta na problémy s navrácením se do společnosti, na podporu v udržení abstinence a předcházení relapsu a na podporu v oblasti bydlení a zaměstnání (Kuda, 2001).

Dle Kaliny (2001) je smyslem následné péče udržení změny chování získané v předcházejících léčbách. Následná péče jako taková může mít více forem. Jednou z nejčastějších je forma opakovací léčby či doléčovací skupiny. Dostupné jsou v našich podmínkách též individuální rozhovory v AT ambulancích, K-centrech či u klinických psychologů. Kopečková (2007) uvádí, že v procesu následné péče hrají velmi důležitou roli svépomocné skupiny.

Pojem následná péče bývá často chápán jako pojem doléčování. Doléčování se však týká především podpory, posilování a udržení abstinence po základní léčbě, a tím se vymezuje pouze jako součást programů následné péče (Kalina a kol., 2001). Následná péče zahrnuje různé typy služeb, jako jsou již zmíněné doléčovací programy, kde se využívá podpůrné psychoterapie, práce s rodinnými příslušníky, sociální práce, prevence relapsu i volnočasových aktivit (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

Dalším typem služeb následné péče je chráněné bydlení, neboli domy na půli cesty či azylové domy, kdy je klientovi poskytnuto dočasné bydlení za účelem snazší sociální rehabilitace (Dvořák, 2003). K vytváření a upevnění pracovních návyků a později i k zaměstnatelnosti u externích zaměstnavatelů, slouží služba chráněného či podporovaného zaměstnání. V této službě klienti získávají a rozvíjejí své pracovní

dovednosti a tím zmírňují překážky, které je potkávají při pokusu o navrácení se do plnohodnotného pracovního procesu (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

2.2.9. Substituční léčba

Substituční léčba je jednou z klíčových složek systému léčebné péče poskytované klientům s adiktologickou anamnézou, převážně klientům závislých na látkách opioidního typu (EMCDDA, 2013). Při této léčbě dochází k nahrazení užívané látky látkou jinou, šetrnější k organismu klienta. Substituční látka neboli lék podávaný klientům je užíván bezpečnějším způsobem, většinou per os. Množství a druh léku je stanoven příslušným lékařem (Popov, 2003). Léčba substituční látkou má velký vliv na zlepšení kvality života závislých klientů, především na stabilitu psychického stavu, zdravotního stavu a socioekonomické situace (Pavlovská, Minařík, 2015). Proto v některých případech lze nazývat substituční léčbu jako službu harm reduction (Farrell, Howes, Verster et al., 2000).

Substituční léčba bývá doprovázena psychoterapií, individuálním poradenstvím a sociální prací. Délka substituční léčby může být neurčitá, jelikož trvá v rozmezí od několika týdnů až do několika let (Kalina a kol., 2001).

Substituční léčba v dlouhodobé formě je realizována v ambulantním prostředí a nazývá se udržovací léčbou, při které dochází za pomoci určené dávky náhradní látky k potlačení odvykacího stavu, a tím je klient schopen žít co možná nejplnohodnotnější život (Popov, 2003). Nejčastější substituční látkou je u nás metadon, který se podává per os ve formě roztoku, či buprenorfin, který se užívá v tabletové formě (Pavlovská, Minařík, 2015).

Léčba substituční látkou v krátkodobé či střednědobé formě se využívá během hospitalizace například na detoxifikačním středisku či během ústavní léčby. Tato léčba je vhodná u klientů s vysokou tolerancí, či u klientů se závislostí na více návykových látkách, kdy je zapotřebí postupného vysazování (Popov, 2003).

2. 2. 10. Programy ve vězení

Programy soustřeďující se na uživatele návykových látek ve vězení jsou v porovnání s ostatními drogovými službami méně dostupné. Důvodem poměrně nízké dostupnosti je omezená a nízká kapacita programů. Realizace léčebných programů pro drogově závislé ve výkonu trestu je prováděna na specializovaných odděleních některých věznic. Odborná péče je zajišťována jak zaměstnanci vězeňské služby, tak i externisty, kteří podporují v klientech pocit větší důvěry (Jargus, 2003).

Adiktologické služby ve vězení jsou zaměřeny především na prevenci recidivy závislostního chování, a tím spojené kriminální činnosti. Do této služby můžeme zařadit programy ve vazebních věznicích, přímo ve výkonu trestu i programy po výstupu z vězení

(Libra, 2015). Jedním z léčebných programů v některých věznicích je metadonová substituce či informační, poradenské nebo terapeutické služby.

Na specializovaných odděleních s terapeutickým programem se můžeme setkat s různými modely nabízené péče, jako je například individuální poradenství, prevence relapsu, vzdělávací programy, krizová intervence, různé druhy skupinové terapie či motivační tréninky (Jargus, 2003).

2.3. Matching

2.3.1. Definice

„Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem matching“ (Nešpor, 2003).

Termínem matching v adiktologii rozumíme párování potřeb klienta s vhodným typem péče. Dle Wachtela (2000) je zapotřebí vhodného výběru intervence s ohledem na typ klienta, jeho problém a zakázku. Dle stavu a možností klienta tedy hledáme vhodný druh léčby.

Nalézt vhodný druh léčby usnadňuje stanovení správné diagnózy. Je ale zcela nezbytné pohlížet na potřeby klienta i z jiných úhlů, než jen z pouhé diagnózy. Dalšími kritérii pro nalezení vhodné terapie jsou například vnější vlivy, tedy prostředí, ve kterém klient žije, sociální situace, psychický stav, finanční zázemí, trestně právní zodpovědnost, míra motivace a podobně. Při hledání nejvhodnější péče pro klienta tedy bereme v úvahu široké spektrum okolností (Nešpor, 2003).

2.3.2. Diagnostika a standardizace

Diagnostika slouží především k zařazení klienta do vhodné léčby, ale také usnadňuje přenos informací o klientovi mezi jednotlivými pracovišti za pomoci standardizovaných diagnostických nástrojů. Standardizace léčebných postupů by se neobešla bez diagnostiky. Například pokud bychom chtěli hodnotit efektivitu léčby, museli bychom znát správnou diagnózu klientů. Správná diagnostika je zvláště důležitá při výzkumech, kde je nutné znát podrobnou charakteristiku zkoumaných respondentů (Nešpor, 2003).

Dle Nešpora (2000) je při diagnostice užitečné porovnání informací od klienta i jeho okolí, aby nedocházelo k určení nesprávné diagnózy. Příčina může být v popírání problému či zkreslování informací kvůli strachu ze stigmatizace.

Při diagnostice vycházíme především z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kde se diagnostická kritéria „Duševních poruch a poruch chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ označují skupinou F10 – F19 dle toho, o jakou psychoaktivní látku

se jedná. Dále se za desetinou čárkou kóduje typ poruchy, například. F10.1 označuje poruchu vyvolanou účinkem alkoholu (F10.x) a jeho škodlivé užívání (F1x.1).

2.3.3. Indikace pro léčbu

Dle Kaliny (2003) hodnotíme kritéria indikací k jednotlivým typům léčby dle parametrů na straně klienta. Všímáme si především:

- *Potenciálu pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky*, kdy je při nulovém potenciálu pro případ z odnětí drogy nejvhodnější ambulantní péče. Naopak při velkém potenciálu pro příznaky z odnětí drogy je nejvhodnějším řešením intenzivní ústavní léčba řízená lékařem.
- *Biomedicínské stavy nebo komplikace*, kdy je nutné přihlédnout k faktu, že klientův zdravotní stav mu neumožňuje účast v některých typech programů. Pokud je klient bez vážných zdravotních komplikací, které by narušovaly léčbu, nejvhodnějším typem programu může být i intenzivní ambulantní léčba.
- *Emocionální a behaviorální stavy a komplikace*, kdy může při psychologické a psychiatrické nestabilitě docházet ke snížení schopnosti léčbu absolvovat. Pokud jsou u klienta přítomny tyto komplikace a je zapotřebí strukturovaného celodenního programu, nejvhodnějším typem léčby by byla intenzivní ústavní péče.
- *Akceptování nebo odpor k léčbě*, kdy hodnotíme míru motivace klienta k léčbě a ochotu spolupráce. Pokud jsou problémy v tomto ohledu značné a znemožňují klientovi léčit se, je zapotřebí intenzivní motivace ve strukturovaném programu.
- *Potenciál pro relaps*, při kterém bereme v úvahu schopnost realizace cílů, míru rizika porušení abstinence a potřeby chráněného prostředí. Pokud je klient schopen abstinovat, vhodnou intervencí může být ambulantní léčba s minimální kontrolou.
- *Vztah okolí k léčbě*, kde hodnotíme nejen rodinné prostředí, ale také partnerské vztahy a kolektiv přátel, kteří mají na klienta vliv. Pokud není sociální prostředí pro klienta rizikové, či pokud je přímo v léčbě podporován, ambulantní péče je pro něj postačující. Naopak pokud je okolí léčby nebezpečné a klient není schopen zvládnout situaci v tomto ohledu, je na místě intenzivní ústavní léčba se strukturovaným programem a podporou.

3. KLINICKÁ ČÁST

Klinická část závěrečné bakalářské práce je rozdělena na několik dílčích částí, které popisují výzkumné otázky a cíle, dále etické otázky, sběr, zpracování, analýzu a interpretaci získaných údajů. Hlavním cílem je představit čtyři účastníky kazuistických studií, kteří podstoupili nejednu léčbu svého závislostního chování a zobrazit jejich subjektivní hodnocení dosavadního průběhu průchodu službami.

Všichni čtyři respondenti kazuistické studie byli seznámeni se záměrem získaných materiálů. Podstoupili částečně řízené rozhovory, účastnili se dotazníkového šetření, byli po určitou dobu pozorováni a se souhlasem zmiňovaných respondentů byla data získána za pomoci dokumentace dostupné na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou požíváním omamných a psychotropních látek.

Životní příběhy klientů, které se staly předmětem kazuistické studie, byly porovnány zejména z hlediska párování potřeb v absolvovaných léčbách a dalšího léčebného rozvoje.

3.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem této práce je prozkoumat problematiku matchingu a postup klientů terapeutickým kontinuem adiktologických služeb. V klinické části jsem se zaměřila na klienty, kteří se se svou diagnózou léčili ve více dostupných typech zařízení.

Mým hlavním cílem je zhodnotit, porovnat a popsat reálný postup odborných služeb s tím, co uvádí teorie jako dobrou praxi. Dílčím cílem je popsat prostup jednotlivými léčebnými kontinuy s ohledem na subjektivní názory jednotlivých klientů na vhodnost dané léčby s ohledem na aktuální potřebu klienta.

Výzkumné otázky jsou formulovány takto:

- Postupují služby, které klienti využívají, v léčebných procesech podle standardů odborné způsobilosti s ohledem na potřeby klientů?
- Pohybují se klienti terapeutickým kontinuem adiktologických služeb náhodně, nebo jsou službami posuzováni a k vhodným léčbám doporučení?
- Jak klient subjektivně hodnotí naplnění svých potřeb v dané léčbě?

3.2. Etické náležitosti

Vybraní respondenti, kteří figuruji v této kazuistické studii, byli informováni o záměru, pro který budou získané informace využity. Byli seznámeni s cílem a účelem závěrečné bakalářské práce, použitými vědeckými metodami a etickými otázkami, byli seznámeni se skutečností, že uvedená jména a osobní údaje budou upraveny a životní příběhy uzpůsobeny tak, aby nebylo možné uvedené osoby v této práci identifikovat. Svůj souhlas se zpracováním a vyhodnocením získaných dat vyjádřili klienti ve formě ústního i písemného souhlasu za přítomnosti kompetentního pracovníka daného zařízení. Kvůli nepříznivé situaci a komplikovanosti soukromých elektronických zařízení ve vězeňském prostředí byla jednotlivá data zachycována u dvou ze čtyř respondentů v psané podobě a u dvou ze čtyř respondentů byly rozhovory zachyceny na audio záznam dostupný na specializovaném oddělení. Veškeré záznamy byly po zpracování řádně zlikvidovány.

V závěrečné bakalářské práci tedy nejsou uváděna jména osob, místo jmen je použito označení „klient“. Nejsou zde uváděna jména léčebných zařízení ani názvy obcí či měst, aby byla anonymita klientů zcela zajištěna. Rovněž jsou zde pozměněny některé osobní údaje uvedených klientů a jejich rodinných příslušníků.

3.3. Předmět kazuistické studie

Předmětem této kazuistické studie jsou životní příběhy čtyř klientů, mužů, zhruba stejného věku, kteří se potýkají s látkovou závislostí a podstoupili více než jednu léčbu. Všichni respondenti se nyní nachází v nejmenované věznici na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou požíváním omamných a psychotropních látek. Klienty spojuje nejen závislost na návykových látkách, ale také rozsáhlá kriminální činnost spojená s jejich životním stylem, sociálním prostředím, rodinnými a partnerskými vlivy, absencí pozitivních mužských vzorů v dětství a projevující se agresivitou. Příběhy klientů jsou popsány jako jednotlivé případy, zabývající se popisem historie onemocnění a současného stavu. Dále jsou srovnány zejména v aspektech prvotních léčeb, dalšího léčebného rozvoje a poskytnutím vhodné léčby danému klientovi v souvislosti s jeho individuálními potřebami.

3.4. Použité metody

Pro zpracování závěrečné bakalářské práce byly použity standardizované výzkumné metody jak k získání dat, tak k jejich analýze.

3.4.1. Metody použité k získání dat

Z kvalitativních metod jsem využila částečně řízený rozhovor se standardizovanými otázkami, vycházející z anamnestického vyšetření neboli anamnestického listu, jehož předlohu jsem získala v rámci studia od vyučujícího předmětu „klinická adiktologie“ a dále

otázky týkající se jednotlivých zkušeností se službami. Tyto otázky se objevují v klinické části a jsou uvedeny mezi přílohami bakalářské práce. Dále jsem využila časově omezeného pozorování respondentů, které trvalo deset pracovních dní.

Dále byly použity standardizované dotazníky EuropASI, DAST a AUDIT, které pro tuto práci nejsou významné. Dotazníky jsem využila především k zřehlednění a ujasnění dat, které jsem následně využila k sepsání jednotlivých kazuistik.

3.4.2. Metody analýzy dat

Úkolem analýzy dat je redukce a organizace informací s cílem dát výsledkům význam. Pro analýzu dat bylo nutné fixovat údaje formou písemného zachycení informací se souhlasem klienta. Tyto údaje byly po zpracování informací řádně zlikvidovány. Dále jsou data zpracována metodou obsahové analýzy neboli analýzou obsahu. Obsahová analýza je významnou metodou, která se soustředí právě na rozbor (většinou) písemných sdělení (Ferjenčík, 2010). V této práci jsou zpracované písemně zachycené informace získané rozhovory s klienty, popsané pozorování autora, dostupné zdravotnické dokumentace a v poslední řadě též standardizované dotazníky. Data byla systematizována pro jejich analýzu dle kritérií, která vycházela z výzkumných otázek. Podstatné informace byly zachyceny do záznamového archu a po jejich ucelení přepisovány do textového editoru.

Validita je jistě omezena nedostatečným vzorkem respondentů, a též může být zkreslena autorovou interpretací dat. Jsem si vědoma možného zkreslení, při kterém mohlo dojít při porovnávání informací, jelikož někteří klienti vykazovali nižší ochotu uvádět důležité informace.

3.4.3. Interpretace dat

Při interpretaci dat byly zohledněny názory a pocity jednotlivých klientů. Interpretace výsledků zachycuje analýzu dat z dostupné dokumentace, která objektivně zachycuje kromě zdravotního stavu, též vstup klienta do služby a klientův určitý vývoj. Výsledky budou popsány tak, aby zachycovaly odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

3.5. Cesta klienta 1 terapeutickým kontinuem

3.5.1. Představení klienta

Klient 1, muž, 32 let, vietnamské národnosti, nyní pobývá ve vězení na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Závislý na pervitinu, opiátech a benzodiazepinech, dále má problémy s hazardním hraním, přiznává určitou závislost na ženách, konkrétně vyzývacích prostitutkách a považuje se za kleptomana. Nyní má za sebou nejednu neúspěšnou léčbu. Při rozhovoru klient působil velice roztěkaným dojmem, zprvu byl nervózní a velice nesdílný, což se po pár hodinách spolupráce postupně měnilo na přiměřeně přirozenou a otevřenou konverzaci. Za svou dlouholetou drogovou kariéru prošel různorodým terapeutickým kontinuem adiktologických služeb, počínaje substitučním programem. Poslední léčbu, kterou klient podstoupil, byla léčba v psychiatrické léčebně, kterou nedokončil. Nyní je v péči terapeuta na specializovaném oddělení a patří do skupiny klientů, kterým personál nevěří z hlediska dlouhodobé abstinence či změny životního stylu.

3.5.2. Adiktologická anamnéza

První zkušenost s drogou měl klient již na základní škole. S kamarády si poprvé ve třinácti letech zakouřil marihuanu a užil alkohol. Tyto zvyky si v kolektivu klient začal pěstovat a marihuanu s alkoholem užíval skoro každý víkend. V patnácti letech, při ukončení základní školy v deváté třídě při rozlučce s kamarády, mu jeden z nich nabídl pervitin, aplikovaný kamarádem. Klient uvádí, že to bylo velice příjemné, cítil euforii a vše prožíval velice silně. Pocit, který se po pervitinu dostavil, se klientovi zalíbil a v užívání pokračoval. Zprvu též víkendově, postupem času již skoro denně. Klient pokračoval s nitrožilní aplikací.

V šestnácti letech, v prvním ročníku na středním odborném učilišti, klient začal vyhledávat i jiné drogy. Tvrdí, že chtěl experimentovat a vyzkoušet vše, co je možné. Přes kamarády si sehnal heroin a různé druhy benzodiazepinů, které kombinoval společně i s pervitinem, marihuanou a alkoholem. Heroin se mu zalíbil natolik, že se stal jeho primární drogou, pervitin a ostatní látky užíval pouze víkendově. V šestnácti letech také začal chodit do herny společně s přáteli a celé dny, později i noci, trávili u automatů. Dle klienta zde začalo budování závislosti na hazardním hraní. Byl schopný s přáteli prohrát v automatech i přes tři tisíce za den. Heroin i pervitin užíval nitrožilně a injekční stříkačky sdílel s kamarády.

V osmnácti letech se klient poprvé setkal se substituční látkou subutexem, kterou získával od známého, a též ji užíval nitrožilně zhruba půl roku, poté užíval znovu heroin. Ve 20 letech ve výkonu trestu odnětí svobody v nejmenované věznici byla klientovi podávána substituční látka metadon. Až v pětadvaceti letech, po propuštění klienta

z věznice, začal docházet na popud přátel do terénního programu pro čisté injekční náčiní. V té době klienta jeho kamarád přivedl k lékaři, který byl oběma ochotný předepisovat subutex, tudíž se klient dostal k substituční léčbě, kterou ale on sám popisuje z hlediska léčby jako zcela zbytečnou. Lékař byl ochotný předepisovat klientovi velké dávky, takže měl klient dostatečné množství pro svou potřebu i na prodej. Navíc klient od lékaře získával i rivotril, který též užíval i prodával.

Ve třiceti letech, po dalším propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, se klient předávkoval pervitinem a zažil svou nejsilnější toxickou psychózu. Po odeznění halucinací a neklidu se klient rozhodl, že nastoupí do psychiatrické léčebny. Na tomto léčení vydržel pouze dva měsíce, poté léčebnu opustil a ihned po příjezdu zrelapsoval.

Nyní se již přes rok nachází ve výkonu trestu odnětí svobody na specializovaném oddělení, kde se snaží alespoň z části řešit svůj problém s návykovými látkami.

3.5.3. Historie léčby

2003 - substituční léčba- subutex (6 měsíců)

2005 -2006 substituční léčba - metadon (VTOS – 12 měsíců)

2006 -2009 substituční léčba - metadon (VTOS – 36 měsíců)

2010 - terénní program – výměna injekčního náčiní

2011 - substituční léčba – subutex (8 měsíců)

2015 - psychiatrická léčebna (2 měsíce)

2015 - 2016 terénní program- výměna injekčního náčiní

2016 – terapeutický program na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek

3.5.4. Situace výchozího bodu

Prvním kontaktem s odbornou službou byla pro klienta substituční léčba ve věznici, kde za dohledu odborného zdravotnického personálu užíval metadon. Zde se klient poprvé setkal s psychiatrem a sociálním pracovníkem, kteří s ním hovořili o tématu jeho závislostního chování. Motivace klienta však nijak nevzrostla, jelikož mu nebyla poskytnuta zvláštní pozornost a tyto pracovníky klient za celou dobu svého léčení spatřil pouze několikrát, a to v prvních týdnech svého trestu, a poté jednou měsíčně lékaře, který hodnotil jeho psychosomatický stav.

Klient 1 za svou letitou drogovou kariéru prošel různorodým terapeutickým kontinuem adiktologických služeb. Poprvé se však setkal se substituční látkou v osmnácti letech, což se nedá zdaleka posuzovat jako léčba, jelikož substituční látka byla zaprvé zneužívána k nitrožilnímu užití, a dále byla poskytnuta kamarádem, kterému byla předepisována. Ani klient tuto léčbu nezahrnuje do svých pokusů o abstinenci.

Jako první klientovu udržovací léčbu substituční látkou můžeme tedy nazývat již zmiňovaný terapeutický program ve vězení, kde klient pravidelně užíval metadon a byl pod dohledem lékaře. Klient tuto substituční léčbu popisuje jako nezbytnost života ve vězení. Užití metadonu bylo pro klienta zprvu nepříjemné z hlediska jeho chuti. V prvních týdnech klient cítil silné odvykací příznaky, jelikož dávka stanovená lékařem byla nedostačující. Po pár kontrolních návštěvách u lékaře byla klientovi stanovena vyhovující dávka metadonu, která se v průběhu pobytu ve vězení nijak neměnila. Klient též uvádí, že v tomto programu nebyl s výjimkou vstupního vyšetření testován na jiné návykové látky a za dobu trvání programu se neúčastnil žádného poradenství, či individuální a skupinové terapie. Jediné poradenství, které mu bylo ve vězení poskytnuto, byla pětiminutová kontrola u lékaře jednou za měsíc, kde lékař hodnotil klientův psychosomatický stav.

Po výstupu z vězení klient docházel do terénního programu, kde využíval výměnný program. S touto službou byl klient nadmíru spokojen. Uvádí, že personál byl věkově blízký, velice příjemný a rád si s nimi popovídal o svém soukromém životě. Klientovi velice vyhovovalo tykání mezi ním a pracovníky terénního programu. Klient této služby využíval zhruba jednou až dvakrát týdně a uvádí, že si měnil přibližně pět kusů injekčního náčiní. Klient na této službě oceňuje i nabídku kondomů a krycího materiálu. Dle klienta tato služba celkově vyhovovala všem jeho aktuálním potřebám.

S další substituční léčbou se klient setkal v šestadvaceti letech. Klient docházel k lékaři, který mu předepsal takové množství subutexu, o které si klient řekl. Klient uvádí, že z hlediska léčby byl tento substituční program zcela zbytečný. Klient ho využíval především za účelem finančního zisku. Tuto substituční léčbu subutexem tedy také nelze považovat za léčbu v pravém slova smyslu. Klient subutex užíval nitrožilně a v nekontrolovaném množství. Substituční látka se tedy stala zneužívanou. Lékař, který ji klientovi předepisoval, neposkytl ani nedoporučil žádný z terapeutických programů či léčebných intervencí.

Po prodělání toxické psychózy, se klient rozhodl pro léčbu v psychiatrické léčebně. Na detoxifikačním oddělení byl klient medikován kvůli odvykacím příznakům a posléze byl přijat do terapeutického programu psychiatrické léčebny, kde jeho pobyt trval dva měsíce. Klient uvádí, že zprvu byla jeho motivace vysoká, jelikož měl strach o své zdraví. Během několika týdnů však jeho motivace klesala a klient zatoužil po kontaktu se svými přáteli. Léčbu v psychiatrické léčebně popisuje jako náročnou z hlediska aktivit a pravidel, které musel dodržovat. Nevyhovoval mu přístup terapeutů a lékařů, kteří byli dle názoru klienta nároční v souvislosti s jeho možnostmi v plnění terapeutického plánu. Klient uvádí, že od psychiatrické léčebny čekal odpočinek a klid na urovnání myšlenek.

Nyní je klient ve vězení na specializovaném oddělení, kde spolupracuje s terapeutem a plní si veškeré povinnosti. Klient však využívá umístění na tomto programu pouze proto, že mu z pobytu plynou různé výhody.

Klient je nyní ve fázi jednání: Zvažuje změnu chování. Klient není zcela motivován k další léčbě, ale přesto ji zcela neodmítá. Je si vědom důsledků, spojených se svým rizikovým chováním. Klient absolvoval již několik neúspěšných léčebných procesů a nyní spolupracuje s terapeutickým týmem ve vězení.

Motivace klienta není zcela jasná. Myslím, že nejvyšší motivace klient dosáhl v období před první léčbou v psychiatrické léčebně, kdy měl strach o své zdraví. Největší vliv v klientově životě mají přátelé, kteří se nachází zhruba ve stejné životní situaci. Změna přátel a okolních sociálních vlivů by mohla klientovu situaci posunout vpřed. Dále soudím, že pokud by byl klient přístupnější ve spolupráci s terapeutickým týmem společně se zapojením blízké rodiny, především maminky, byla by změna v klientově rizikovém chování možná. Do budoucna si klient nevěří z hlediska abstinence. Vyjadřuje jistotu k navrácení se do kolektivu uživatelů.

Podle rozhovoru s klientem soudím, že není připraven na zapojení se do léčebného procesu. Klient si je vědom nutnosti změny, ale zároveň odmítá akceptovat podmínky, které by mu léčebný proces určoval. V poslední léčbě prozatím spolupracuje, ale říká, že pouze proto, že být umístěn na zbytek trestu na tomto oddělení mu zpřístupňuje využití různých výhod. Nyní dodržuje určená pravidla a zapojuje se do veškerých aktivit.

Klient říká, že terapeutický program na tomto oddělení prozatím odpovídá jeho dosavadním potřebám, i když by občas uvítal zmírnění režimu a více volného času.

I přes poměrně rozsáhlou drogovou kariéru, měl klient snahu budovat motivaci k léčení. Prozatím byly tyto pokusy o léčbu neúspěšné, ale klient je, i když pouze z části, nakloněn ke spolupráci a rozvíjení své motivace. Do budoucna změnu a možnost léčit se nezavrhne, což považuji, konkrétně u tohoto klienta, za pozitivní.

3.5.5. Přepis rozhovoru

Jak a kdy probíhalo vstupní vyšetření ve službě, kterou jste využil?

Klient uvedl, že vstupní vyšetření před absolvováním substitučního programu ve výkonu trestu probíhalo v přítomnosti více lékařů. Jednalo se především o zmapování zdravotního a psychického stavu. Klient se podrobil toxikologickému vyšetření moči a posléze mu byla stanovena dávka užívané substituční látky. Klient se podrobil i testům na HIV a hepatitidu C. Podobné vyšetření probíhalo i podruhé, když byl klient ve výkonu trestu v té samé věznici.

Co se týče terénního programu, kam klient docházel, zhodnocení stavu probíhalo pracovníky při prvním kontaktu. Klient uvedl, že se pracovníci programu přátelským způsobem informovali na látku, kterou klient užívá, způsob a frekvenci užívání.

U lékaře, který klientovi předepisoval substituční látku a benzodiazepiny, vstupní vyšetření provedla zdravotní sestra. Klientovi byla založena lékařská dokumentace,

odebrána moč a sestavena základní anamnéza. Klient vzpomíná, že u lékaře strávil zhruba pár minut.

Před nástupem do psychiatrické léčebny klient musel absolvovat detoxifikaci, na kterou si bohužel moc nevzpomíná. V léčebně zmiňuje kontakt s lékaři, zdravotními sestrami i terapeutem. Popisuje otázky, které bych si dovolila přiřadit k anamnestickému dotazníku či psychiatrickému vyšetření. Klient uvádí i vzpomínku na toxikologické vyšetření moči a odběry krve.

Při přeřazení klienta na specializované oddělení ve výkonu trestu klient vzpomíná kontakt s terapeutem, sociální pracovníci, pedagogem a psycholožkou, kteří tvoří tým tohoto oddělení. Jednalo se především o rozhovor týkající se motivačního dopisu, který klient zaslal na oddělení společně s žádostí o přeřazení. Pochopitelně nechybělo testování moči na přítomnost omamných a psychotropních látek.

Byla s Vámi ve službě uzavřena dohoda či smlouva o poskytování odborných služeb v písemné či ústní podobě?

Klient při rozhovoru uvedl, že si je vědom pouze dvou případů, kdy podepisoval informovaný souhlas či dohodu o poskytování odborných služeb, a to při přijetí do psychiatrické léčebny, a poté při přeřazení na specializované oddělení ve výkonu trestu. Klient též prohlašuje, že nejspíše u ostatních programů vyslovil pouze ústní souhlas, i když si nyní není jistý, že by k podobné situaci došlo.

Byl s Vámi v léčbě sestaven individuální léčebný plán?

Klient uvádí, že léčebného plánu při programu substituční péče ve výkonu trestu i u lékaře, který mu předepisoval subutex si není vědom. Při využívání terénního programu si klient vzpomíná, že ho pracovníci neustále směřovali do kontaktního centra, aby mohl využívat více služeb, konkrétně individuálního poradenství. Při léčbě v psychiatrické léčebně klient zmiňuje častý kontakt s terapeutem a stanovování cílů, kterých by chtěl v dohlednu dosáhnout. V současné léčbě s klientem byl sestaven léčebný plán za přítomnosti terapeuta a pomocného pedagoga.

Účastnil jste se aktivně na určení cílů své léčby?

V psychiatrické léčebně, kde se klient léčil dva měsíce, se dle svých slov zprvu snažil zapojovat a aktivně na sobě pracovat. Byl tedy i aktivní ve stanovování svých cílů. V současné léčbě klient přiznává svou lenost a zmiňuje, že jeho cíle jsou dosti podobné jako cíle spolubydlících. Nesamostatnost v určování cílů potvrzuje i terapeut.

Byly podle Vás stanovené cíle realizovatelné?

Cíle stanovené v psychiatrické léčebně klient považuje za nerealizovatelné. Z hlediska tehdejšího stavu byly stanovené cíle nad jeho možnosti. V současné době jsou

stanovené cíle více přizpůsobené jeho možnostem a dle klienta je zde ve srovnání s psychiatrickou léčebnou kladen menší důraz na jejich plnění.

Dokážete popsat stanovené cíle?

Klient jako hlavní ze stanovených cílů popisuje celkovou abstinenci od veškerých návykových látek včetně tabáku a alkoholu. Dalším z cílů, které klient vzpomíná, bylo navázání kontaktu se svým bratrem a zlepšení vztahu s maminkou. Mezi cíle zahrnuje též léčbu interferonem a práci na motivaci. Aktuálními cíli klienta je vytváření zdravých každodenních návyků, komunikace s rodinou a práce na motivaci k léčbě.

Byly Vaše aktuální potřeby v léčbě naplněny?

S náplní v substitučním programu ve výkonu trestu byl klient s programem spokojen. Terapie se skládala pouze z požití substituční látky a měsíční lékařskou kontrolou. Klient v té době nevyžadoval poradenství či skupinové terapie.

S terénním programem a nabídkou jejich služeb byl klient též velice spokojen. Vyhovoval mu přístup jednotlivých pracovníků i nabízený servis.

Substituční léčba subutexem, i když ji ani klient sám za léčbu nepovažuje, také naplňovala jeho potřeby. Především pokud vezmeme v úvahu, že klientovou jedinou potřebou byla dostupnost návykové látky pro své potřeby i pro další distribuci.

V léčbě na psychiatrické léčebně si klient stěžuje na vysoké nároky ze strany pracovníků. Klientovi nevyhovoval strukturovaný program. Motivace klienta klesala a náročnost programu ho odrážela. Klient uvádí, že v této léčbě hledal klid a odpočinek, který mu však tento program neposkytl.

Současná léčba klientovi potřeby naplňuje z hlediska výhod, které může využívat oproti jinému oddělení. Co se týče programu na tomto oddělení, není klient spokojen s náročným a strukturovaným programem.

Byl dle Vašeho názoru typ a forma odborné služby pro Vás v aktuální životní situaci vhodný?

Co se týče absolvovaných programů, klient uvedl, že jedinou službou, která nebyla vhodným řešením, byla léčba v psychiatrické léčebně. Údajně by mu prý postačoval delší pobyt na detoxifikaci tohoto střediska s dostatečnou dávkou medikamentů.

Máte pocit, že služby, které jste využil, mezi sebou spolupracovaly?

Klient vzpomíná, že před výstupem z výkonu trestu spolupracoval se sociálními pracovníky, které mu nabízeli zprostředkování další léčby. Klient to však odmítl, ale i přesto si ponechal kontakty na tyto služby. V terénním programu se pracovníci též orientovali v programech, které nabízejí jiné služby, a pokud by měl klient zájem jiných

služeb využít, pracovníci nízkoprahových služeb by mu se zprostředkováním léčby pomohli. Této nabídky klient využil při nástupu do psychiatrické léčebny.

3.6. Cesta klienta 2 terapeutickým kontinuem

3.6.1. Představení klienta

Klient 2, muž, 28 let, nyní ve vězení na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Závislý na pervitinu a alkoholu. Kromě léčby v nízkoprahovém zařízení má za sebou i ambulantní léčbu a zkušenost s terapeutickou komunitou. Při rozhovoru klient působil vcelku klidným a vyrovnaným dojmem. Jeho zkušenost s léčbou byla na klientovi znát, zvláště z hlediska snazší komunikace a otevřenosti. Klient působil vesele, snažil se vtipkovat a určité věci, obzvláště sexuální aktivitu, rozebíral velice dopodrobna. Později z rozhovoru vyplynulo, že jeho zájem o různé sexuální praktiky je až neobvykle rozmanitý a sám se považuje za promiskuitního muže.

3.6.2. Adiktologická anamnéza

Poprvé se klient setkal s drogami již na základní škole. Po smrti otce se snažil zapadnout do kolektivu a ve třinácti letech poprvé vyzkoušel alkohol a marihuanu, kterou mu nabídl jeho kamarád. Marihuanu pak užíval pravidelně a kamarádovi pomáhal v pěstování a prodeji, díky čemuž si začal vydělávat nemalé peníze. Ve čtrnácti letech mu stejný kamarád nabídl, aby vyzkoušel pervitin. Klient podlehl pokušení a pervitin užil nosem. Od té doby začal pervitin užívat rekreačně, zhruba tak dvakrát do měsíce, podle toho, kolik měl peněz.

V šestnácti letech poprvé vyzkoušel nitrožilní užití, ale i když byl nástup rychlejší a prožitek intenzivnější, nedovedl si představit, že by si měl sám aplikovat drogu jehlou, proto zůstal u užívání pervitinu nosem. V té samé době poprvé vyzkoušel i heroin, který ho ale nezaujal.

V sedmnácti letech začal užívat alkohol i pervitin ve větší míře, téměř denně. V té době poprvé navštívil s kamarádem i nízkoprahové zařízení. Kamarád, který užíval jehlou, si tam chodil vyměňovat injekční náčiní a klient si začal chodit pro brčka. V nízkoprahovém zařízení se mu velice líbilo. Klient popisuje zájem ze strany pracovníků a pozornost, které se mu tam dostávalo, zvláště od žen, mu byla velice příjemná. V tomto zařízení tedy využíval především služby poradenství.

V osmnácti letech se klient předávkoval pervitinem a zažil svou první toxickou psychózu. Popisuje pocity pronásledování. V devatenácti letech byl klient zadržen a odsouzen kvůli výrobě a distribuci omamných a psychotropních látek. Klient uvádí, že ve vězení též užíval pervitin, který mu zasílal kamarád. Pervitin dostával do vězení například zašitý v oblečení, ve hřbetu knihy, nebo mezi papírkami na balení cigaret. I přes

nedostatečné množství pervitinu klient říká, že nikdy nepociťoval abstinenční příznaky. Po výstupu z výkonu trestu bylo klientovi nařízeno ochranné léčení ve formě ambulantní léčby, na které klient docházel jeden rok. Zprvu se klientovi dařilo abstinovat, ale zhruba po půl roce se seznámil s budoucí matkou svých dětí a společně užívali pervitin. Do ambulance klient však docházel nadále a podařilo se mu obcházet testování na návykové látky za pomoci cizí moči.

V šestadvaceti letech klientova přítelkyně opět otěhotněla a oba se rozhodli k abstinenci. Jelikož žena měla s léčbami již mnoho zkušeností, přemluvila klienta k léčbě v terapeutické komunitě. Klient si tedy zařídil terapeutickou komunitu a ihned po detoxu nastoupil léčbu. V terapeutické komunitě klient zůstal čtyři měsíce. Poté co se dozvěděl, že přítelkyni z léčby vyhodili, sám za ní odešel. Oba dva partneři nevydrželi dlouho abstinovat a za pár týdnů byli ve stejné situaci jako před léčbou.

Kvůli špatné finanční situaci klient opět začal s výrobou a distribucí, načež byl podruhé zadržen a odsouzen ke čtyřletému trestu odnětí svobody. Nyní se klient nachází ve výkonu trestu odnětí svobody na specializovaném oddělení, kde za pomoci terapeuta řeší svůj problém s návykovými látkami.

3.6.3. Historie léčby

2006 - 2008 nízkoprahové centrum- poradenství

2013 - 2014 ambulantní léčba (ochranné léčení - 12 měsíců)

2015 - detox a terapeutická komunita (4,5 měsíce)

2016 - terapeutický program na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek

3.6.4. Situace výchozího bodu

Klient 2 zahájil svou cestu terapeutickým kontinuem adiktologických služeb v nízkoprahovém zařízení, kam docházel pravidelně na individuální poradenství. Klient uvádí, že do kontaktního centra docházel několikrát týdně a trávil čas v kontaktní místnosti, kde se setkával jak s ostatními uživateli, tak i s pracovníci centra. Rád si popovídal a svěřoval se s osobními věcmi. Individuálního poradenství se klient účastnil jednou za čtrnáct dní. Uvádí, že byl velice spokojen s přístupem jednotlivých pracovníků, s režimem a vybavením kontaktního centra. Kromě individuálního poradenství klient využíval též nabídky potravinového servisu a takzvaného „sekáče“, kde si mohl zdarma vybrat čisté oblečení.

Po výstupu z vězení byl klient nucen docházet dvanáct měsíců do ambulantní léčby. Zhruba půl roku klient abstinoval a aktivně se zapojoval do léčebného plánu. Uvádí, že největším přínosem v této léčbě pro něj byly individuální a skupinové psychoterapie a poradenství v sociální sféře. S přístupem personálu byl vcelku spokojen, přesto

zdůrazňuje větší zájem ze strany pracovníků v kontaktním centru. Po půl roce byla jeho motivace k abstinenci opět nízká a aktivit v ambulantní léčbě se účastnil pouze kvůli nařízené léčbě. V této době opět užíval a testování moči na návykové látky v ambulanci obcházel.

V šestadvaceti letech po absolvování detoxifikace nastoupil klient do terapeutické komunity, kterou opustil po čtyřech měsících. Klient vzpomíná na terapeutickou komunitu jako na šťastné období. Byl spokojen s náplní volného času, různorodými aktivitami, kterých se rád účastnil. Uvádí, že se v chráněném prostředí cítil jako ve světě, kde realita neexistuje a konečně mohl být tím, kým vždy být chtěl. Klient tvrdí, že se svým terapeutem měl velice dobrý vztah a choval k němu důvěru. Klient na tomto terapeutickém programu zvláště oceňuje pracovní aktivity, individuální rozhovory, skupinové terapie a volnočasové sportovní aktivity. Uvádí, že byl natolik zaměstnán a přitom si dokázal odpočinout od reality a poprvé se na sebe díval jako na lepšího člověka.

Nyní se klient aktivně účastní terapeutického programu ve vězení na specializovaném oddělení, kde se snaží řešit svůj problém se závislostí na pervitinu. Klient uvádí, že tento terapeutický program nenaplnuje jeho představy o léčbě. Není spokojen s mírou pozornosti, která se mu ze stran terapeutického týmu dostává. Dále má výtky vůči aktivitám, na kterých většinou nemá možnost se projevit vzhledem k velkému počtu klientů na oddělení.

Klient je nyní ve fázi jednání: Udržuje změnu chování. Klient absolvoval již několik léčebných procesů a nyní podstupuje terapeutický program ve věznici. Chce dosáhnout trvalé změny chování a udržet ji.

Okolnosti, které klienta k této fázi vedly, jsou především jeho děti, problémy se zákonem, a výše dluhů. Klient si je vědom veškerých problémů, které si svým chováním způsobil a chtěl by chyby napravit.

Motivace klienta je dle mého názoru natolik vysoká, že by byl schopen udržet změnu chování. Motivuje ho osobní změna, rozvoj v sociálních dovednostech, obnova vztahů především s dětmi a maminkou. Do budoucna klient vyjadřuje přání pevné rodiny.

Podle rozhovoru s klientem soudím, že je připraven na zapojení se do léčebného procesu. Klient si je vědom nutnosti léčby, posléze i doléčovacích praktik. Dle terapeuta je klient na dobré cestě ke změně, v léčbě spolupracuje a dodržuje veškerá pravidla, aktivně se zapojuje do léčebného procesu.

Klient říká, že terapeutický program na specializovaném oddělení není z hlediska aktivit tak náročný, ve srovnání s komunitou. Jednou z hlavních věcí, kterou by zde klient ocenil je větší pozornost ze strany terapeuta a více aktivit, aby neměl tolik volného času k přemýšlení nad hloupostmi. Dle klienta je vztah mezi ním a terapeutem dost odměřený,

což může být způsobeno individuálním poradenstvím, které probíhá pouze jednou za měsíc a spočívá v kritice psaní deníku.

I přesto, že klient užíval návykové látky, můžeme říci, že se snažil chovat zodpovědně ke svému zdraví a eliminoval své rizikové chování způsobem užívání.

3.6.5. Přepis rozhovoru

Jak a kdy probíhalo vstupní vyšetření ve službě, kterou jste využil?

Dle klienta se vstupní rozhovor v nízkoprahovém zařízení týkal především délky drogové kariéry, způsobu užívání, zdravotního stavu a sociální situace.

V ambulantní léčbě klient podstoupil lékařské vyšetření včetně psychiatrického vyšetření, toxikologických rozborů. S odbornými pracovníky klient rozebíral svou drogovou kariéru, trestněprávní anamnézu i sociální problémy.

Na detoxifikaci se klient podrobil lékařskému vyšetření, které zahrnovalo toxikologické rozborů, zhodnocení zdravotního a psychického stavu.

Při nástupu do terapeutické komunity se klient seznámil s terapeutickým týmem a podrobil se toxikologickému vyšetření moči. Dále klient vzpomíná, že vyplňoval spoustu dotazníků ohledně svého závislostního chování, které poté s terapeutem konzultovali.

Při přeřazení klienta na specializované oddělení ve výkonu trestu byla klientovi odebrána moč na toxikologické vyšetření, a poté společně s personálem tohoto oddělení konzultovali klientovu životní situaci. Klient si vzpomíná, že personál neustále ujišťoval ve své motivaci k léčbě, ve které píše ve svém motivačním dopise.

Byla s Vámi ve službě uzavřena dohoda či smlouva o poskytování odborných služeb v písemné či ústní podobě?

Klient vzpomíná, že podepisoval různé smlouvy ohledně využívaných služeb při nástupu do ambulantního programu, v terapeutické komunitě a na specializovaném oddělení. V nízkoprahovém programu se podepisoval pod přezdívkou na takzvanou docházkovou listinu.

Byl s Vámi v léčbě sestaven individuální léčebný plán?

Dle klienta byl plán léčby sestaven v každé adiktologické službě, kterou navštívil s výjimkou detoxifikačního zařízení.

Účastnil jste se aktivně na určení cílů své léčby?

Klient uvedl, že v kontaktním centru při individuálním poradenství, a dále v terapeutické komunitě, byl přímo nucen k samostatnému určování cílů, dále v ambulantní léčbě cíle léčby určoval s pomocí terapeuta. V současné léčbě je klient též

v celku samostatný a cíle, které si určuje, poté konzultuje s terapeutem či jiným civilním personálem.

Byly podle Vás stanovené cíle realizovatelné?

Dle klientových slov údajně nebyl nikdy stanovený cíl, kterého by nemohl či nechtěl dosáhnout. S výjimkou druhé poloviny ambulantního programu, kde klientova motivace klesala. Přesto ale klient uvádí, že pokud by program dodržoval, stanovených cílů by dosáhl.

Dokážete popsat stanovené cíle?

V nízkoprahovém zařízení byly klientovi cíle spojené především se snížením užívané látky a posilování motivace k léčbě, dále s budováním rodinných vztahů a snížení kriminálního chování. V dalších léčbách byli klientovi cíle dosti podobné. Krom udržení abstinence se jednalo o vytváření pracovních návyků, určování priorit, budování zdravých vztahů a posílení vztahu mezi matkou a klientem a další sociální dovednosti.

Byly Vaše aktuální potřeby v léčbě naplněny?

Dle klientova názoru byly jeho aktuální potřeby naplněny ve všech léčbách, až doposud. V současné léčbě není klient spokojen s přístupem jednotlivého personálu ani s kolektivem spolubydlících či s nabídkou aktivit. Vztah se současným terapeutem porovnává se vztahem v terapeutické komunitě. Individuální poradenství pro klienta není v ničem přínosné a skupinové aktivity klient kritizuje, jelikož skupinu tvoří více než 30 osob.

Byl dle Vašeho názoru typ a forma odborné služby pro Vás v aktuální životní situaci vhodný?

Klient uvedl, že pro něj byla vhodná služba nízkoprahového zařízení i terapeutická komunita. Na místo ambulantní léčby by klient upřednostnil léčbu pobytového zařízení, kde by nebyl vystaven vlivům svého rizikového okolí. Současnou léčbu by klient také volil v jiném zařízení, přesto uvádí, že raději bude pobývat ve věznici se speciálním programem, nežli na normálním oddělení.

Máte pocit, že služby, které jste využil, mezi sebou spolupracovaly?

Dle klientových zkušeností spolupracovaly mezi sebou nízkoprahové programy a detoxifikační oddělení s terapeutickou komunitou. Klient si vyřizoval léčbu právě za pomoci personálu kontaktního centra. V současné léčbě si klient bude též za pomoci terapeuta vyřizovat přestup do další léčby, tudíž klient získal dojem, že i specializované oddělení spolupracuje s dalšími léčebnými programy.

3.7. Cesta klienta 3 terapeutickým kontinuem

3.7.1. Představení klienta

Klient 3, muž, 34 let, nyní pobývá ve vězení na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Závislí na heroinu a pervitinu. Při rozhovoru klient působil velmi klidným a vyrovnaným dojmem, byl velice milý a vstřícný. Opět mohu konstatovat, že na klientovi bylo znát, že již prošel léčebným procesem. Komunikace s klientem byla snazší a snažil se rozvádět do podrobností pro mne důležité informace. Klient má zkušenost s léčbou v nízkoprahovém zařízení, psychiatrickou léčebnou i terapeutickou komunitou. Žádnou z léčeb zatím úspěšně nedokončil.

3.7.2. Adiktologická anamnéza

Klient se poprvé setkal s návykovými látkami, vyjma alkoholu, v čerstvé dospělosti, tedy v osmnácti letech, kdy se ocitl sám bez jakéhokoli rodinného zázemí a byl odkázán sám na sebe. Kamarádské vztahy, které v té době navázal, byly založeny na výhodách, konkrétně na zdroji financí ze strany klienta, výměnou za ubytování. Tehdejší přátelé klientovi poskytli reálný pohled na svůj život a nabídli mu heroin, na kterém si vypěstovali závislost. Klient ve snaze začlenit se do kolektivu užíval heroin společně se svými novými přáteli. Nikdy předtím klient neměl zájem experimentovat s návykovými látkami. Uvádí, že nikdy nevyzkoušel ani tabák či marihuanu. O rok později, v devatenácti letech, klient začal užívat heroin nitrožilně. V jednadvaceti letech, po výstupu z prvního výkonu trestu, kde se klient též jednoduše dostal k drogám, vyzkoušel jinou návykovou látku a to pervitin. Klient popisuje, jak se mu stav, který se dostavil po užití pervitinu, velice zalíbil a heroin již užívat nechtěl. Dostavily se však klientovi silné odvykací příznaky, které popisuje jako bolest celého těla, silný průjem a pocení. Od té doby klient heroin neužil. Ve dvaadvaceti letech klient začal využívat dostupných terénních výměnných programů, kam si chodil pro čisté injekční náčiní.

Když bylo klientovi dvacet tři let, proběhla u něj toxická psychóza. Klient pociťoval velký neklid a byl paranoidní, co se týče svých přátel. Klient uvádí, že si byl jistý, že ho přátelé šli udat na policii a vysmívali se mu. Kvůli tomu došlo k potyčce a klient svého kamaráda málem zabil. Po této zkušenosti se klient rozhodl nastoupit do psychiatrické léčebny na detox a následnou léčbu, kterou však nedokončil. Po dvou měsících podepsal „revers“ a z léčby odešel.

Další dvě toxické psychózy u klienta proběhly ve výkonu trestu, kde si obstarával drogy výměnnou za různé služby. Tyto stavy však klient popisuje, jako přiměřené k množství látky, kterou užil. Po výstupu z posledního výkonu trestu se klient rozhodl, že by chtěl změnit svůj život a zařídil si přes pracovníky nízkoprahového centra nástup na detox a posléze do terapeutické komunity. Léčbu v terapeutické komunitě považuje klient

za svou životní prohru. Z terapeutické komunity byl klient nucen po třech měsících odejít, kvůli alkoholu, který v léčbě konzumoval, a který donesl svým spolubydlícím. Po odchodu z terapeutické komunity klient abstinovat pouze cestou domů a během několika dní se vrátil ke svému dosavadnímu životnímu stylu.

Nyní je klient již jeden rok ve výkonu trestu odnětí svobody, kde poprvé celý pobyt abstínuje. Pobývá na specializovaném oddělení, kde se svému problému s návykovými látkami snaží věnovat.

3.7.3. Historie léčby

2005 - 2006 Terénní program – výměna injekčního náčiní

2006 - Psychiatrická léčebna (2 měsíce)

2009 – 2010 Terénní program – výměna injekčního náčiní

2015 - Detox a následně terapeutická komunita (3 měsíce)

2015 – 2016 Terénní program- výměna injekčního náčiní

2016 - Terapeutický program na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek.

3.7.4. Situace výchozího bodu

Klient 3 jako první z léčebných programů vyzkoušel služby terénního programu, výměnu injekčních setů. Tuto službu klient popisuje jako užitečnou, ale vzhledem k léčbě jako nepodstatnou. Klient neměl zájem navazovat a budovat s pracovníky terénního programu jakékoli vztahy. Výměna injekčního materiálu dle klienta trvala zhruba půl minuty a komunikace mezi ním a pracovníky spočívala v pozdravu a zdvořilých odpovědích na zvědavé otázky. Klient zmiňuje i pocity studu, které ho zužovaly, když si zhruba jednou za dva týdny chodil pro čisté sety. Uvádí, že nechtěl s pracovníky trávit více času, než bylo nezbytně nutné. Tento názor klienta na nízkoprahové služby přetrvával i v dalších letech, kdy se klient vracel k využívání výměnného programu. Přestože párkrát navštívil kontaktní centrum, kde s pracovníky domlouval léčbu v terapeutické komunitě. Klient uvedl, že v prostředí kontaktního centra se cítil o něco lépe, než na ulici s terénním programem. Tento pocit byl nejspíše zapříčiněn uzavřeným prostředím, kde klient neměl strach, že ho někdo pozná a konfrontuje.

Po prodělání toxické psychózy si klient sám zprostředkoval detoxifikaci a následnou léčbu v psychiatrické léčebně. Tento terapeutický program opustil klient na svou žádost po dvouměsíčním pobytu. Klient uvádí, že na detoxifikačním oddělení byl velice spokojený s přístupem zdravotnického personálu a náplní volného času, naopak v psychiatrické léčebně přístup terapeutického týmu velice kritizuje. Dle klienta byl personál odměřený a snažil se ho konfrontovat v jakémkoli jeho jednání. Klient neunesl kritiku svého chování jak ze strany terapeutického týmu, tak ze strany spolubydlících a po dvou měsících léčbu

ukončil. Klient též vyjadřuje nespokojenost ohledně psychické náročnosti programu psychiatrické léčebny. Konkrétně měl výhrady vůči skupinovému setkání a jakéhokoli hodnocení, které měl učinit on sám, či hodnocení a výhrady, které činili ostatní na jeho osobu. V poslední řadě klient vyjadřuje nespokojenost vůči sociální práci, kde na něj mělo být naléháno v postupu řešení budoucího bydlení a zaměstnání.

Další léčebný program se klient rozhodl podstoupit ve dvaatřiceti letech, kde si přes pracovníky kontaktního centra zajistil nástup na detoxifikaci a následnou léčbu v terapeutické komunitě. Z terapeutické komunity byl klient nucen odejít po tříměsíčním pobytu. Klient hovoří o komunitě jako o své nové rodině, které si moc váží a odchod z ní považuje za své životní selhání. Klient byl z komunity donucen odejít po incidentu s alkoholem, který donesl spolubydlícím na jejich žádost. Alkohol posléze konzumoval s nimi. Klient pobýval v necertifikované terapeutické komunitě, která se považuje za nejúspěšnější terapeutickou komunitu v České republice. Jedním z hlavních terapeutických programů v této komunitě byla víra v boha a pravidelné zpovídání se ze svých hříchů. Klient uvádí, že jeho každodenní náplní byla pracovní terapie, která trvala od rána zhruba do čtyř až pěti hodin odpoledne s přestávkami na jídlo. Individuální terapie se klient za celou dobu pobytu účastnil pouze dvakrát a skupinové terapie probíhaly s vedoucím terapeutické komunity zhruba jednou až dvakrát týdně, za fyzické nepřítomnosti terapeuta, který komunikoval se skupinou za pomoci počítačového komunikačního programu „skype“. Dle klienta bylo téměř pravidlem, že v obydlí nebyl přítomný žádný z terapeutů a vedením komunity byl vždy pověřen jedinec z nejvyšší fáze programu. Skupinové terapie se však účastnili pouze klienti stejné fáze programu. Jediné výhrady k tomuto programu klient vyjadřoval v souvislosti s komunikací mezi jedinci v různých fázích programu. Aby klient v první fázi mohl kontaktovat někoho z fáze třetí, musel nejprve kontaktovat jedince ve druhé fázi, který byl pověřen předáním zprávy jedinci ve fázi vyšší. Klient tuto společnost a tento terapeutický program chápe jako nejlepší a nejvhodnější léčbu, které se mu mohlo dostat, a po výstupu z výkonu trestu by se rád vrátil ke své nové rodině, jak nazývá tuto komunitu.

V současnosti se klient nachází ve výkonu trestu odnětí svobody, kde se účastní terapeutického programu na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Aktivity nabízené tímto terapeutickým programem klientovi z části vyhovují. Klient se málokdy musí projevovat a většinou naslouchá ostatním a pozoruje dění okolo sebe. Uvádí, že se snaží přizpůsobovat dané situaci a snaží se vycházet vstříc jak terapeutickému týmu, tak svým spolubydlícím. Se svým terapeutem však klient není zcela spokojen, zdůrazňuje nespokojenost s kritikou, kterou nesnáší velmi dobře.

Klient je nyní ve fázi jednání: Rozhodování. Přál by si dosáhnout trvalé změny chování, ale z hlediska klientovi minulosti a nynějších možností v sociální sféře, to bude pro klienta značně obtížné.

Okolnosti, které klienta k této fázi vedly, jsou především problémy se zákonem.

Klient si připouští náročnost vybudování nového životního stylu a začlenění se do jiné sociální skupiny, přesto je odhodlán vyzkoušet své možnosti.

Motivace klienta není dle mého názoru příliš vysoká. Nyní je klient rozhodnut k dalšímu léčebnému procesu, ale jen z důvodu současné situace. Je obklopen abstinujícími lidmi s různou mírou motivace a v takzvaném „bezpečném prostředí“. Dle klientova životního příběhu soudím, že je snadno ovlivnitelný a každý jeho neúspěch doprovází sklony vracet se k jistotám známého prostředí. Klient není zběhlý v navazování jakýchkoli vztahů a nyní nemá kolem sebe žádnou jinou oporu mimo přátel z doby užívání návykových látek.

Klient říká, že terapeutický program na specializovaném oddělení v souvislosti s nabídkou aktivit vyhovuje jeho současným potřebám. Z hlediska pobytu a chování zaměstnanců věznice by byl raději umístěn mimo specializované oddělení. Aktivitu, kterých se účastní, ho baví a přichází na jiné myšlenky, než na život na ulici a na vzpomínání na dětství. Připouští však nespokojenost s kritikou terapeutického týmu, kterou nesnáší moc dobře. Dále klient vyjadřuje nespokojenost vůči svým spolubydlícím, kteří se ho snaží ztrapňovat. Klient hovoří o vnitřní agresi, kterou pociťuje a snaží se ji ventilovat při sportovních aktivitách.

Klient je lehce ovlivnitelný a tíhne k určité jistotě, kterou vždy nalézá u svých přátel, uživatelů. Z tohoto hlediska bude dle mého názoru pro klienta velice obtížné změnit a udržet si jiný životní styl.

3.7.5. Přepis rozhovoru

Jak a kdy probíhalo vstupní vyšetření ve službě, kterou jste využil?

Klient uvedl, že při prvním setkání s pracovníky terénního programu zodpověděl pár otázek ohledně své drogové kariéry a způsobu užívání. Klientovi bylo nepříjemné se s pracovníky bavit o soukromých věcech, proto první kontakt nebyl zcela osobní.

Při nástupu na detoxifikaci v psychiatrické léčebně klient podstoupil lékařskou prohlídku a sdělil lékaři údaje, které byly potřebné. Jednalo se především o zdravotní stav, psychický stav a poté údaje spojené s užíváním drog. Klient též podstoupil potřebná toxikologická vyšetření.

Při nástupu do terapeutické komunity klient předložil zdravotní dokumentaci potvrzující abstinenci za poslední tři dny, a poté byl na přijímacím pohovoru u terapeuta, kde vyprávěl svůj životní příběh.

V současné léčbě klient podstoupil též podobný pohovor se všemi pracovníky specializovaného oddělení a podrobil se toxikologickému vyšetření moči.

Byla s Vámi ve službě uzavřena dohoda či smlouva o poskytování odborných služeb v písemné či ústní podobě?

Klient uvedl, že podepisoval informovaný souhlas na detoxifikačních střediscích a v psychiatrické léčebně, následně poté až nyní na specializovaném oddělení. Ve službách terénního programu, kontaktním centru ani v terapeutické komunitě nic nepodepisoval, ale nejspíše prý vyslovil souhlas ústní formou.

Byl s Vámi v léčbě sestaven individuální léčebný plán?

V psychiatrické nemocnici i zde na specializovaném oddělení si je klient vědom určitého sestaveného léčebného plánu. V ostatních zařízeních dle klientových slov žádný plán sestaven nebyl.

Účastnil jste se aktivně na určení cílů své léčby?

Klient uvedl, že se spíše podřizoval návrhům odborných pracovníků. Tato situace i nadále trvá, což potvrdil i terapeut specializovaného oddělení.

Byly podle Vás stanovené cíle realizovatelné?

Dle klienta byly stanovené cíle v psychiatrické léčebně nerealizovatelné a dále klient uvádí, že na něj bylo naléháno v realizaci určených cílů. V současné léčbě jsou dle klienta stanovené cíle více přizpůsobeny jeho možnostem.

Dokážete popsat stanovené cíle?

V psychiatrické léčebně se stanovené cíle týkaly celoživotní abstinence, a dále řešení budoucího ubytování a zaměstnání. V současné léčbě klient pracuje především na motivaci k léčbě, budování důvěry, zdravých denních návyků a posilování sebedůvěry.

Byly Vaše aktuální potřeby v léčbě naplněny?

Co se týče nízkoprahových služeb, byl klient spokojen s náplní programů, především s anonymitou, kterou programy zajišťovaly. Přesto však mu bylo nepříjemné zdržovat se v kolektivu pracovníků déle, nežli bylo nezbytně nutné.

V psychiatrické léčebně klient spokojen nebyl. Kritizuje jednání jednotlivých pracovníků z hlediska kritiky své osoby a naléhání na realizaci cílů.

Léčba v terapeutické komunitě byla prý pro klienta tou nejvhodnější volbou. Přesto, že klient popisuje znepokojující praktiky léčby, nedá na komunitu dopustit.

Na specializovaném oddělení klient je i není spokojen s náplní svých potřeb. Klientovi vyhovují aktivity, do nichž se často nemusí aktivně zapojovat. Není však spokojen se vztahem ke svému terapeutovi.

Byl dle Vašeho názoru typ a forma odborné služby pro Vás v aktuální životní situaci vhodný?

Pro klienta prý byla vhodná pouze jedna léčba, a to terapeutická komunita. Nízkoprahové služby prý byly užitečné, však co se týče léčby, byly pro klienta nepodstatné. Ostatní služby, klient vnímá jako špatnou zkušenost, která ho posunula k nalezení „rodiny“ (jak říká kolektivu terapeutické komunity).

Máte pocit, že služby, které jste využil, mezi sebou spolupracovaly?

Klient vnímá spolupráci mezi nízkoprahovými službami, detoxifikačním zařízením a terapeutickou komunitou. Psychiatrická léčebna prý též spolupracuje s různými doléčovacími centry, což ale klient nevyužil, neboli nestihl využít. Klient uvádí, že i specializované oddělení zajisté spolupracuje s jiným typem služeb, ale je přesvědčen o tom, že není schopno zajistit klientovi přesun do léčby, kterou by si sám vybral. Místo toho mu nabízí zprostředkování léčby v jiném zařízení, což prý klient po propuštění odmítne.

3.8. Cesta klienta 4 terapeutickým kontinuem

3.8.1. Představení klienta

Klient 4, muž, 34 let, romské národnosti, nyní pobývá ve vězení na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Závislý na pervitinu. Při rozhovoru klient působil nesmělým dojmem, byl strohý až opatrný, měl nutkání odklánět se od tématu a bylo na něm znát, že mu je místy konverzace nepříjemná. Prozradil mi, že má strach uvést různé skutečnosti, protože by to mohlo ovlivnit jeho pozici mezi spolubydlícími na oddělení. Komunikace s klientem byla velice náročná. Až ke konci své stáže jsem se od klienta dozvěděla více informací o jeho životě, přesto si myslím, že nějaké skutečnosti si klient upravil či zamlčel, zvláště ty, které se týkaly jeho blízké rodiny či dětství.

Klient má zkušenost pouze s léčbou v nízkoprahovém zařízení a nyní s terapeutickým programem na specializovaném oddělení.

3.8.2. Adiktologická anamnéza

Klient začal experimentovat s návykovými látkami již na středním odborném učilišti. Dříve, ve čtrnácti letech, začal projevovat zájem o alkohol a opíjel se se svou sestrou o víkendech doma za nepřítomnosti rodičů. Klient popisuje, že se jednalo především o pivo, víno a později i rum.

V šestnácti letech byla klientovi nabídnuta marihuana, kterou klient začal užívat s kamarády téměř denně, především po skončení vyučování, nebo přes odpolední přestávky. Klient uvádí, že od té doby kouří marihuanu doposud, kromě pobytu ve vězení. V sedmnácti letech, klient začal též experimentovat s houbičkami a LSD, tyto látky klienta nijak zvláště nezaujaly.

V osmnácti letech klient poprvé vyzkoušel pervitin. K pervitinu klienta přivedla jeho starší sestra, která mu látku aplikovala nitrožilně. Klient poté v užívání pervitinu pokračoval, ale užíval ho nosem. Užíval ho společně se sestrou nejprve přibližně dvakrát do měsíce, později víkendově. O dva roky později si klient začal aplikovat látku též nitrožilně a užíval ji v pravidelnějších intervalech, tedy zhruba každý druhý den. Po navázání vztahu se svou pozdější manželkou, užívání pervitinu omezil na víkendové „jízdy“, uvádí klient, což trvalo zhruba tři roky. V souvislosti s víkendovým užíváním pervitinu, klient prodělal toxickou psychózu, kterou popisuje jako strach a úzkost, bušení srdce a zrkové halucinace. Klient uvádí, že následkem stavu z předávkování zemřel jeho pes, kterému klient v psychóze usekl hlavu sekýrou.

Ve vztahu se svou milenkou, starší dámou, která vedla nevěstinec, klient pokračoval v užívání pervitinu společně se ženou a ostatními děvčaty opět v pravidelnějších intervalech, skoro denně. V této době, zhruba v devětadvaceti letech, poté, co byl klient léčen interferonem na diagnostikovanou hepatitidu C, navštěvoval služby nízkoprahových center a využíval výměnného programu. Klient uvádí, že docházel do nízkoprahového centra zhruba jednou za čtrnáct dní a vyměňoval přibližně dvě stě kusů špinavého injekčního náčiní za čisté pro sebe a celý podnik své přítelkyně. I po rozchodu s přítelkyní klient dbal na snížení svého rizikového chování a výměnného programu stále využíval.

3.8.3. Historie léčby

2011 - 2014 nízkoprahové centrum - výměnný program

2016 - terapeutický program na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek

3.8.4. Situace výchozího bodu

Klient 4 zahájil svou cestu terapeutickým kontinuem adiktologických služeb v devětadvaceti letech, kdy ze strachu o své zdraví a snaze o snížení svého rizikového chování navštěvoval kontaktní nízkoprahové centrum a využíval služeb výměnného programu. Klient byl s touto službou velice spokojen. Popisuje vstřícnost jednotlivých pracovníků kontaktního centra. I když se klient neúčastnil individuálního poradenství, popisuje pocity porozumění a náklonnosti od pracovníků programu. Klient využíval služeb výměnného programu přes tři roky a docházel pravidelně po dvou týdnech pro čisté injekční sety. Klient uvádí, že k pracovníkům ani k programu nemá žádné výtky.

Nyní klient již rok pobývá na specializovaném oddělení ve věznici, kde se snaží zapojovat do terapeutického programu, přesto, že sám nevidí smysl v nastaveném terapeutickém plánu a nabízených aktivitách. Jediné, co klient oceňuje na tomto programu, jsou dostupné sportovní aktivity a výhody plynoucí z tohoto pobytu, jako jsou například dostupnější návštěvy, partnerské poradenství či lehčí komunikace s přítelkyní, volnější režim a příjemnější prostředí. Klientův vztah s terapeutickým týmem je povrchní, klient uvedl, že nemá zájem svěřovat se terapeutovi se svým soukromým a zabíhat do podrobností. Klient též vyjadřuje zalíbení v pocitu tajemného člověka a s nikým na oddělení nebuduje žádné hlubší vztahy.

Klient je nyní ve fázi jednání: Akce. Klient nyní podstupuje terapeutický program ve věznici. Klient by rád dosáhl trvalé změny chování a udržel si ji.

Okolnosti, které klienta k této fázi vedly, jsou především jeho děti, se kterými by rád navázal kontakt. Rád by také obnovil vztahy v rodině, nejen s dětmi, ale i bratrem, který jako jediný ze sourozenců s ním zůstal v kontaktu a podporuje ho v léčbě. Klient by chtěl změnit své chování i kvůli mamince, kterou ztratil a se kterou nemohl v posledních chvílích být právě kvůli své závislosti a následky s ní spojené.

Motivace klienta se zdá být přesvědčivá. Dle mého názoru by byl klient schopen za pomoci rodiny a přítelkyně, která není uživatelkou, udržet změnu chování. Motivuje ho již zmíněná situace v rodině, ztráta matky a naděje na obnovení vztahů s dětmi. Do budoucna klient vyjadřuje přání vlastního zdravého syna.

Klient si je vědom potřeby léčby, přesto prozatím o žádné další léčbě neuvažuje. Domnívá se, že by mohl po dlouhé abstinenci ve vězení, a poté za podpory přítelkyně zvládnout abstinovat a změnit svůj dosavadní životní styl.

Dle terapeuta klient v léčbě spolupracuje, dodržuje pravidla na oddělení, dokonce se přičiňuje o jejich pravidelnou aktualizaci a kontrolu a aktivně se zapojuje do léčebného procesu.

Klient říká, že terapeutický program na specializovaném oddělení je pro něj vcelku náročný. Klient by ocenil více volného času a pohybových aktivit, ve kterých by mohl uvolňovat svou frustraci a nahromaděnou agresivitu. Klient nevidí smysl ve skupinovém cvičení, ani v individuálních poradenstvích. Právě proto klient nepřemýšlí o jiném druhu léčení, ve kterém by musel absolvovat podobný terapeutický program. Klient postrádá čas na přemýšlení a odpočinek. Přesto je klient rád, že může být na tomto oddělení, zvláště z hlediska různých výhod, které mu tento pobyt přináší.

Z hlediska budoucnosti si klient věří natolik, že prozatím odmítá jakoukoli další léčbu své závislosti podstupovat. Rád by sám sobě dokázal, že je schopen dodržet slib, který dal před lety své matce. Klient věří, že je natolik silný, že jeho pevná vůle a důvody, které ho motivují ke změně, dokáže více než jakýkoli terapeutický program.

3.8.5. Přepis rozhovoru

Jak a kdy probíhalo vstupní vyšetření ve službě, kterou jste využil?

První kontakt v nízkoprahovém zařízení klient popisuje jako přátelské setkání s pracovníky, milou konverzací doplněnou o předání informací za jakým účelem klient centrum navštívil. Pracovníky zajímala délka drogové kariéry, způsob užívání a užívaná látka samotná, zdravotní stav, sociální situace a trestní anamnéza.

Při nástupu na specializované oddělení se klient setkal s odborným civilním personálem, tedy terapeutem, pedagogem, psycholožkou a sociální pracovnící. S týmem pracovníků klient rozebíral svou motivaci k léčbě, kterou uvedl v motivačním dopise. Dále byl podroben toxikologickému vyšetření moči.

Byla s Vámi ve službě uzavřena dohoda či smlouva o poskytování odborných služeb v písemné či ústní podobě?

Klient uvedl, že na specializovaném oddělení podepisoval smlouvu o poskytování odborných služeb. V nízkoprahovém zařízení nikdy nic nepodepisoval, přesto prý nejspíše byla dohoda uzavřena ústně.

Byl s Vámi v léčbě sestaven individuální léčebný plán?

V kontaktním centru se klient neúčastnil individuálního poradenství, proto žádný léčebný plán nebyl zapotřebí. V současné léčbě byl klientovi individuální léčebný plán sestaven.

Účastnil jste se aktivně na určení cílů své léčby?

Klient uvedl, že nevidí smysl v nastaveném léčebném plánu, tudíž se prý přizpůsobuje terapeutovi a cíle léčby přejímá za své, i když se na jejich určení aktivně neúčastnil. Terapeut naopak tvrdí, že je klient jedním z aktivnějších členů na tomto oddělení a zapojuje se do veškerých aktivit a v programu zcela spolupracuje.

Byly podle Vás stanovené cíle realizovatelné?

Dle klienta jsou cíle léčby poměrně realizovatelné. Klient nevidí žádnou větší překážku v plnění těchto cílů. Klient si věří natolik, že ho údajně žádná překážka nezaskočí.

Dokážete popsat stanovené cíle?

Jedním ze stanovených cílů je navázání kontaktu s dcerami, udržování a budování vztahu s partnerkou a bratrem.

Byly Vaše aktuální potřeby v léčbě naplněny?

Klient uvedl, že program specializovaného oddělení nenaplnuje jeho potřeby. Kritizuje vztah s terapeutem a náročnost strukturovaného programu. Naopak oceňuje volnočasové aktivity a výhody, které mu umístění na tomto oddělení přináší.

Byl dle Vašeho názoru typ a forma odborné služby pro Vás v aktuální životní situaci vhodný?

Dle klienta byly služby nízkoprahového centra v minulosti vhodným řešením. V současné době i služby specializovaného oddělení jsou v klientově aktuální životní situaci vhodné, především kvůli již zmíněným výhodám a takzvanému „bezdrogovému prostředí“.

Máte pocit, že služby, které jste využil, mezi sebou spolupracovaly?

Klient uvedl, že spolupráci mezi jednotlivými službami nemůže posoudit, jelikož nikdy žádného doporučení či zprostředkování léčby nevyužil a do budoucna ani využívat nebude. Přesto si je vědom, že programy nabízejí zprostředkování jiné léčby.

3.9. Porovnání subjektů kazuistiky

Všichni čtyři respondenti prošli více než jedním typem programu či služby v terapeutickém kontinuu adiktologických služeb. Ani jeden z klientů však žádný z dostupných programů úspěšně nedokončil. Důvody k předčasnému ukončení léčby pramenily z nedostatečné motivace, nestabilní rodinné situace či nenaplnění aktuálních potřeb jednotlivých klientů.

	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4
Věk	32 let	28 let	34 let	34 let
Primární droga	Pervitin, opiáty	Pervitin	Pervitin	Pervitin
První kontakt se službou	Substituční léčba	Kontaktní centrum	Terénní program	Kontaktní centrum
Věk prvního kontaktu se službou	20 let	17 let	22 let	29 let

Využité odborné služby	Klient 1	Klient 2	Klient 3	Klient 4
Detoxifikace	ANO	ANO	ANO	NE
Terénní program	ANO	NE	ANO	NE
Kontaktní centrum	NE	ANO	ANO	ANO
Ambulantní léčba	NE	ANO	NE	NE
Psychiatrická léčebna	ANO	NE	ANO	NE
Terapeutická komunita	NE	ANO	ANO	NE
Substituční léčba	ANO	NE	NE	NE
Speciální program ve vězení	ANO	ANO	ANO	ANO
Počet let strávených v léčbě	9 let	4,5 roku	4,5 roku	4 roky

Z hlediska prvotních zkušeností s terapeutickými programy můžeme pozorovat, že tři ze čtyř respondentů zahájili svou cestu terapeutickým kontinem adiktologických služeb v nízkoprahovém zařízení, z čehož klient 2 pravidelně docházel do kontaktního centra a klienti 1 a 3 využívali terénního programu.

S nízkoprahovým zařízením však mají letité zkušenosti všichni čtyři respondenti. Klient 1 vyhledával terénní program jednou až dvakrát týdně a nabízené služby mu zcela vyhovovaly. Klient 2 pravidelně docházel do kontaktního centra a využíval služeb poradenství, které jak říká, splňovalo jeho očekávání. Klient 3 se na rozdíl od ostatních respondentů za využívání služeb nízkoprahových center styděl a nerad vyhledával terénní výměnný program. Využíval ho pouze kvůli nezbytnosti výměny čistých injekčních setů. Klient 4 využíval výměnného programu v kontaktním centru pravidelně a rád trávil čas povídáním si pracovníky nízkoprahového centra. První kontakt s nízkoprahovými službami probíhal u všech čtyř respondentů podobně. Jednalo se především o krátké rozhovory, při kterých pracovníci získávali základní informace o klientovi. U klienta 2 byl dokonce sestaven i individuální léčebný plán a klient byl nucen k aktivní účasti na vytváření

realizovatelných cílů. Jednalo se především o snížení dávky užívané látky a redukci kriminálního jednání. Tři ze čtyř respondentů potvrdili, že nízkoprahové programy spolupracují s různými typy služeb a jsou schopni klienta nasměrovat a dopomoci mu s realizací další léčby.

Detoxifikaci podstoupili tři ze čtyř respondentů. Klient 1, 2 a 3 pobývali na detoxifikaci pouze v souvislosti s nástupem na další léčebný program. Ani jeden z klientů nemá žádné výhrady s tímto zařízením. Klient 3 uvedl, že ve srovnání s následující léčbou byl pobyt na detoxifikaci příjemnější. V souvislosti s otázkou na vstupní vyšetření na detoxifikačním oddělení odpovídali respondenti podobnými frázemi. Jednalo se tedy o lékařskou prohlídku zdravotního a psychického stavu s následným toxikologickým vyšetřením.

S ambulantní léčbou má zkušenost pouze jeden z respondentů. Klientovi 2 byla soudně nařízena ambulantní léčba, na kterou docházel 12 měsíců. S přístupem personálu i léčebným plánem byl klient spokojen, přesto snižující se motivace k léčbě klienta od úspěšného dokončení programu odradila. Klient 2 podstoupil při nástupu lékařská vyšetření a dohodu o poskytování odborných služeb stvrdil podpisem informovaného souhlasu. Stanovené cíle se týkaly vytváření sociálních dovedností. Klient 2 uvedl, že by pro něj byla vhodnější léčba na lůžkovém oddělení, kde by byl v uzavřeném a chráněném prostředí.

Pobytem v psychiatrické léčebně si prošli dva respondenti, kteří strávili v programu dva měsíce. Oba respondenti uvedli, že vstupní vyšetření probíhalo za přítomnosti zdravotnického personálu. Byli podrobeni toxikologickému vyšetření a zdravotní prohlídce, kde lékař hodnotil jejich psychosomatický stav. Oba dva klienti podepisovali v léčbě informovaný souhlas a byl jim sestaven individuální léčebný plán. Klient 1 uvedl, že se aktivně účastnil na sestavení cílů, ale cíle, které si stanovil, byly nerealizovatelné. Problémy s realizací svých cílů měl i klient 3, který ale nebyl aktivní ve stanovování cílů své léčby. Klient 1 vyjadřuje nespokojenost s nastaveným léčebným plánem a zmiňuje náročnost programu v souvislosti s jeho aktuálními možnostmi. Klient 3 byl též nespokojený s náročností terapeutického programu a přístupem kritických pracovníků. Co se týče spolupráce psychiatrické léčebny s jiným léčebným programem, klient 3 uvedl, že si je vědom návaznosti na další doléčování, přesto tuto možnost nestihl využít.

Zkušenost s terapeutickou komunitou má klient 2 a klient 3. Klient 2 uvedl, že vstupní vyšetření bylo doprovázeno toxikologickým vyšetřením moči, rozhovorem s terapeutem a vyplňováním různých dotazníků. Posléze byla s klientem uzavřena písemná dohoda a sestaven individuální plán léčby. Klient byl podporován v aktivním stanovování cílů, které pro něj byly realizovatelné. Klient 2 se rád účastnil veškerých aktivit a režim v komunitě mu zcela vyhovoval. Kvůli nízké motivaci komunitu opustil již po necelých pěti měsících. Klient 3 pobýval v necertifikované komunitě tři měsíce a uvádí, že kdyby nebyl nucen komunitu opustit, léčbu by úspěšně dokončil. Vstupní pohovor byl

realizován u hlavního terapeuta, kterému klient převyprávěl svůj životní příběh. Klient uvedl, že nepodepisoval žádnou smlouvu o poskytování odborných služeb a žádný plán léčby s ním sestaven nebyl. Údajně jediným a hlavním cílem této léčby byla trvalá abstinence. Potřeby klienta 3 byly v necertifikované komunitě naplněny přiblížením se k bohu a pracovními činnostmi. Psychoterapie jak individuální, tak skupinová byla v tomto programu zastoupena minimálně, což klientovi zcela vyhovovalo. Návaznost terapeutické komunity na jiné služby žádný z klientů nezmiňuje.

Léčbu substituční látkou využil pouze jeden z klientů. Klient 1 si docházel ve dvou intervalech pro substituční látku subutex, kterou zneužíval v obou případech. Za léčbu klient tuto fázi substituce nepovažuje. Substituční léčbou klient nazývá metadonovou substituci užívanou ve vězení pod kontrolou odborného personálu. Vstupní vyšetření před metadonovou substitucí probíhalo za přítomnosti lékaře, který hodnotil klientův psychosomatický stav. Klient se též podrobil toxikologickému vyšetření. Na písemnou dohodu o poskytování odborných služeb si klient nevzpomíná, stejně jako na sestavení individuálního plánu a stanovení cílů léčby. Tato léčba však pro klienta nebyla motivující, ani v ničem přínosná, přesto klient uvedl, že v tehdejší době naplňovala jeho aktuální potřeby.

Ve vězení na specializovaném oddělení se nyní nachází všichni čtyři respondenti. Všichni respondenti se shodují na průběhu vstupního vyšetření, tedy na toxikologická vyšetření a rozhovoru s civilním personálem, kde diskutují na téma motivačního dopisu. Dále klienti potvrdili smlouvu o poskytování odborných služeb svým podpisem, načež s nimi byl sestaven plán léčby. Pouze klient 2 uvedl, že se snažil být aktivní ve stanovování svých cílů, přesto se všichni čtyři respondenti shodují na tom, že stanovené cíle jsou pro ně realizovatelné. Klient 1 však zmiňuje skutečnost, že v porovnání s jinými léčbami je na specializovaném oddělení kladen menší důraz na plnění těchto cílů a jejich hodnocení. Klient 1 též uvádí, že pobyt na tomto oddělení mu zajišťuje různé výhody a proto se snaží zapojovat do terapeutického programu, přesto, že by uvítal zmírnění tohoto programu, především skupinových cvičení. Klient 2 naopak projevuje zájem o větší pozornost ze strany terapeuta, se kterým nemá tak důvěrný vztah s porovnáním jiných léčebných programů. Nabídka skupinových či individuálních psychoterapií se zdá klientovi velice nízká a omezená. Klient 3 je s veškerými aktivitami na tomto oddělení spokojený, výhrady vyjadřuje k terapeutickému týmu a jejich kritice klientova jednání. Klient 4 uvádí, že terapeutický program na specializovaném oddělení je pro něj z hlediska psychoterapií a aktivit náročný. Podobně jako Klient 1 by i tento respondent uvítal více volného času a v aktivním zapojování se do terapeutického programu vidí skutečnost výhod plynoucích z pobytu na tomto oddělení. Všichni čtyři respondenti se shodují v tom, že terapeutický program tohoto oddělení nenaplnuje jejich aktuální potřeby.

4. DISKUZE

Téma této závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o problematiku párování potřeb klienta a nabízené služby.

Realizace rozhovorů s jednotlivými klienty proběhla v bezpečném prostředí, tedy uzavřeném prostoru bez přítomnosti pracovníků zařízení a ostatních klientů, aby bylo předcházeno zkreslení výpovědí, a tím zajištěna co největší validita získaných informací. Jsem si však vědoma toho, že zkoumaný soubor, tedy čtyři respondenti, jsou příliš malým vzorkem a zcela nevystihují problematiku drogových uživatelů. Dalším faktem je, že závěry jsou výsledkem rozhovorů pouze s klienty a pracovníky poslední, klientem užívané služby. Pro získání validnějších výsledků postrádáme rozhovory s pracovníky ostatních zmiňovaných služeb. Není tedy proto možné jednoduše zobecňovat výsledky na celou populaci uživatelů drog a nabízené adiktologické služby.

Z teoretické části je zřejmé, jak by služby měly postupovat v jednání s klienty, co vše by klientům měly zajišťovat, co by měly zohledňovat a jak by na sebe měly navazovat.

Otázkou tedy zůstává, zda tyto služby postupují v léčebných procesech dle standardů odborné způsobilosti s ohledem na klientovi potřeby. Z rozhovorů s klienty můžeme usuzovat, že potřeby jednotlivých klientů byly zohledněny a péče přizpůsobena jejich možnostem v nízkoprahových zařízeních, na detoxifikačních střediscích, substitučních léčbách a v terapeutických komunitách. Nutno ale dodat, že konkrétní zmiňovaná substituční léčba a necertifikovaná terapeutická komunita zcela evidentně postupovala v rozporu se standardy odborné způsobilosti. Služba nebyla tedy poskytnuta vhodně ani účinně, přesto klientovi aktuální potřeby naplňovala. V rozporu se standardy též dle klientů jednala i služba zajišťující krátkodobou a střednědobou lůžkovou péči, kde se výpovědi klientů shodují ohledně náročnosti programu vzhledem k jejich aktuálním možnostem. Klienti se též shodují na nevhodnosti služeb, které podstoupili takzvaně z „donucení“. Jedná se o nařízenou ambulantní léčbu a léčbu na specializovaném oddělení odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek. Přesto že si klienti možnost pobývat na specializovaném oddělení vybrali sami, byla to pro všechny z nich pouze volba „menšího zla“.

Nelze tedy odpovědět na tuto otázku, pokud bychom měli výsledky zobecňovat. Ty služby, které jednali s klientem dle standardů odborné způsobilosti a brali zřetel na klientovi potřeby, byli všechny zmiňované nízkoprahové služby, detoxifikační střediska a jedna ze dvou terapeutických komunit.

Další otázkou zůstává, zda se klienti pohybují terapeutickým kontinuem adiktologických služeb náhodně, či jsou službami posuzováni a k vhodným léčbám doporučení. Z dostupných závěrů můžeme pozorovat, že co se týče využívání služeb nízkoprahových center, tři ze čtyř respondentů začali docházet do těchto služeb na popud přátel. Jeden respondent vyhledal výměnný program sám. Přesto je třeba zdůraznit, že

využívání výměnného programu a individuálního poradenství muselo mít relevantní důvod, proto se lze domnívat, že u klientů proběhlo zhodnocení jejich stavu. U klienta, který navštěvoval nařízenou ambulantní léčbu, můžeme předpokládat, že byl odborníkem posouzen a k tomuto programu doporučen. Klient, který užíval substituční látku subutex se pro tuto léčbu rozhodl sám a lékaře vyhledal na popud kamaráda. Ve výkonu trestu opět můžeme předpokládat, že byl k substituční léčbě službou posuzován. Pro léčbu v psychiatrické léčebně se jeden klient rozhodl sám a také si léčbu i s detoxifikací sám zařídil. Druhému klientovi tato léčba byla doporučena a zprostředkována za pomoci pracovníků nízkoprahového zařízení. Léčbu v terapeutické komunitě si jeden ze dvou klientů vyžádal na popud své přítelkyně. Tato léčba mu byla zprostředkována na jeho žádost pracovníky kontaktního centra. Druhému klientovi byla léčba v necertifikované terapeutické komunitě doporučena a též zprostředkována i s detoxifikací pracovníky nízkoprahového zařízení. Pro současnou léčbu se klienti rozhodli sami. Přesto však každý z klientů specializovaného zařízení je posuzován pracovníky z hlediska alespoň částečné úspěšnosti v tomto programu. Specializované oddělení nabízí zprostředkování dalších léčebných programů, přesto dva ze čtyř klientů o další programy zájem nemají, třetí z klientů doporučení pracovníků využije a čtvrtý klient žádá zprostředkování do léčby, kterou mu pracovníci specializovaného oddělení nedoporučují z důvodu nevhodnosti nabízené léčby. Tudíž se můžeme domnívat, že klienti na tomto oddělení jsou posuzováni a k vhodným léčbám doporučováni.

Pokud bychom chtěli zobecnit výsledek, můžeme tvrdit, že ve dvanácti z patnácti případů průchodu službami byli klienti posuzováni. U třech z patnácti případů se klient pohyboval službami náhodně. Z výsledků tedy vyplývá, že klienti byli odborníky posouzeni k využívání jejich či dalších služeb ve všech případech nízkoprahových zařízení, ambulantní léčbě a léčbě na specializovaném oddělení ve výkonu trestu. Co se týče léčby substituční, krátkodobé a střednědobé lůžkové péče a terapeutických komunit, byli klienti odbornými službami posouzeni v padesáti procentech případů. Odpověď na otázku, zda se klienti pohybují terapeutickým kontinuem adiktologických služeb náhodně, či jsou službami posuzováni a k vhodným léčbám doporučení, můžeme tedy dle dostupných výsledků konstatovat, že převážně ano, klienti jsou ve většině případů odborně posuzováni a doporučováni k vhodným léčbám.

V závěrečné bakalářské práci jsem se zabývala také tím, jak klienti hodnotí naplnění svých potřeb v jednotlivých léčbách. Každý z klientů je jiný, s jinou látkovou závislostí, životním příběhem a problémy. Proto nemůžeme předpokládat, že by se jejich cesty terapeutickým kontinuem ve všech bodech shodovaly. Můžeme ale u všech zúčastněných pozorovat shodu ve dvou typech služeb, a to v nízkoprahovém zařízení a ve specializovaném oddělení pro odsouzené k výkonu trestu. U dvou ze čtyř případů pozorujeme schodu cesty léčebným procesem v psychiatrické léčebně a v terapeutické komunitě. Se substituční léčbou má zkušenost pouze jeden klient, stejně jako v případě léčby ambulantní.

Co se týče klientova subjektivního hodnocení, ukázalo se, že ve všech případech byly potřeby klientů naplněny v nízkoprahových zařízeních, jak v kontaktních centrech, tak v terénních programech. Naopak tomu tak bylo ve všech případech, kdy se klienti shodovali s výpovědí o svých nenaplněných aktuálních potřebách na specializovaném oddělení nejmenované věznice. Oba klienti, kteří prošli léčbou v psychiatrické léčebně, se taktéž shodují ve výpovědi, že jejich potřeby zde naplněny nebyly. Terapeutické komunity, substituční léčby a léčba v ambulanci klientům jejich aktuální potřeby naplňovali, přesto že se domnívám, že některé z těchto „pokusů“ o léčbu, konkrétně substituční léčba subutexem a léčba pracovní terapií v terapeutické komunitě by se léčbou nazývat neměly.

5. ZÁVĚR

V závěrečné bakalářské práci jsem porovnávala jednotlivé osudy čtyř klientů, se kterými jsem se setkala v rámci odborné stáže ve věznici. Všimla jsem si nejenom individuálního životního příběhu, ale také posloupností, ve kterých klient postupoval při průchodu odbornými adiktologickými službami. Cílem této práce bylo poukázat na problematiku matchingu. Dílčím cílem bylo zjistit, zda služby, které jsou klientům poskytovány, postupují v léčebných procesech dle standardů odborné způsobilosti, a zda se klienti v těchto službách pohybují náhodně, či jsou službami v postupech léčebným kontinuem posuzováni a k vhodným léčbám doporučení. Dále jsem si kladla za cíl zachytit klientův subjektivní názor na individuální služby a na hodnocení naplnění aktuálních potřeb v těchto programech.

Z výsledků vyplývá, že na výzkumnou otázku, zda služby postupují v léčebných procesech dle standardů odborné způsobilosti s ohledem na klientovi potřeby, nelze odpovědět, pokud bychom chtěli závěry zobecnit. Je ale zřejmé, že služby, které postupují dle standardů odborné způsobilosti a jednají s klienty s ohledem na jejich aktuální potřeby a možnosti jsou všechny již zmiňované nízkoprahové služby, detoxifikační střediska a jedna ze dvou terapeutických komunit. Z výsledků též vyplynulo, že odpověď na otázku, zda se klienti pohybují terapeutickým kontinuem adiktologických služeb náhodně, či jsou službami posuzováni a k vhodným léčbám doporučení, je převážně ano. Ve většině případů byl klient posouzen odbornou službou a terapeutickým kontinuem se pohyboval na doporučení odborníků.

Kromě odpovědí na stanovené výzkumné otázky přinesla má práce i další zajímavá fakta. Především se jedná o zjevné rozpory mezi názory klientů a pracovníků specializovaného oddělení. Například při rozhovorech s klientem zaznělo, že postrádá smysl v terapeutických aktivitách a spíše se přizpůsobuje terapeutovi a stanovené cíle přejímá za své, i když se aktivně neúčastnil na jejich tvorbě. Naopak terapeut klienta považuje za jednoho z nejaktivnějších členů programu, který se aktivně zapojuje a v programu spolupracuje. Tyto informace by se mohly využít jako zpětná vazba pro účastníky a pracovníky programu ke zlepšení vztahu mezi klientem a terapeutem a k různým inovacím na oddělení.

Dalším zajímavým zjištěním byl náhled do života necertifikované terapeutické komunity, kde má dle klienta léčba závislosti podobu celodenních pracovních terapií a přiblížení se k bohu. Přes zjevné nedostatky této léčby na ni klient nedá dopustit a bezpodmínečně si přeje po výkonu trestu do komunity vrátit.

Jak jsem již zmiňovala, nelze říci, že by se čtyři klienti, kteří se zúčastnili rozhovorů za účelem sepsání kazuistik, dali považovat za reprezentativní vzorek populace uživatelů drog. Validita získaných informací je tedy jistě omezena nedostatečným výzkumným

souborem. Přesto na základě zjištěných údajů můžeme tvrdit, že problematice matchingu by se měla dále věnovat zvýšená pozornost. Využití závěrů této práce je možné při dalších výzkumných činnostech na téma párování potřeb klienta v léčbě závislostí a vhodná léčba pro klienta s důrazem na jeho aktuální potřeby a možnosti. Do budoucna by tedy bylo žádoucí, i z hlediska získání podrobnějších výsledků, které by zajistily vyšší validitu získaných informací, realizovat rozsáhlejší výzkum na toto téma.

6. POUŽITÁ LITERATURA

- Adameček, D., Radimecký, J. (2015). Terapeutická komunita v ČR. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community. Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie 2- odvykací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Dvořák, D., (2003). Chráněné bydlení a chráněná práce. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- EMCDDA (2013). *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Lucemburk: EMCDDA.
- Farrell, M., Howes, S., Verster, A. et al. (2000). *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*. Luxembourg: EMCDDA.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Gerra, G. (2009). *Drug Demand Reduction: new challenges and perspectives*. Working paper. Vienna: UNODC, Health and Human Development Section.
- Hápl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- IHRA (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, UK: IHRA.
- Jargus, M. (2003). Klienti ve vazbě a výkonu trestu. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Jeřábek, P. (2015). Integrativní přístup v léčebném kontinuu. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR- Filia Nova.
- Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kopečková, Y. (2007). *Následná péče v doléčovacím zařízení pro osoby závislé na nealkoholových drogách*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
- Kuda, A. (2001). Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*, (1) 2, 83-93.
- Libra, J. et al. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Staženo 2/9/2016 z <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/>
- Marlatt G. A., Barrett K. (1994). Relapse Prevention. In Galanter M., Kleber H. (1994). *Textbook Substance Abuse Treatment*. Washington: American Psychiatric Press.
- Miovský, M., Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2003). Úvod do problémů diagnostiky a matchingu. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Pavlovská, A., Makovská Dolanská, P., (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Pavlovská, A., Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Popov, P. (2003). Programy metadonové a jiné substituce. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Pringle, J., Edmondson, L. A., Holland C. L. et al. (2002). The role of wrap around services in retention and outcome in substance abuse treatment: Findings from the Wrap Around Services Impact Study. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1.

Riesel, P. (2015). O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. *Adiktologie*, (2) 15, 183-190.

Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. et al., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

SANANIM (2012). Výroční zpráva. Staženo 14/4/2017 z <http://www.sananim.cz/vyrocnizpravy/122/vyrocnizprava-za-rok-2012.html>

Titman, M., Staňková, N. (2012). *Operační manuál Nízkoprahového střediska Drop In, o. p. s.*, Praha: interní dokument NS Drop In, o. p. s.

Wachtel, P. L. (2000). Integrative psychotherapy. In Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Oxford: Univerzity Press.

7. PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Informovaný souhlas s využitím informací ze strukturovaného rozhovoru zaznamenaného pro účel zpracování bakalářské práce s názvem

Klient a jeho cesta terapeutickým kontinuem služeb – rozšířená
kazuistika

Informace získané rozhovorem s klientem budou využity ke zpracování bakalářské práce vedené PhDr. Jiřím Librou na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Bakalářská práce je psána na oboru adiktologie Adélou Mádlovou.

Já

Souhlasím se zaznamenáním rozhovoru a využitím získaných informací o mé osobě za účelem zpracování bakalářské práce. Dále souhlasím s nahlížením do dostupné zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Byl jsem seznámen s cílem a záměrem závěrečné bakalářské práce a úpravou osobních údajů tak, aby byla zajištěna má anonymita.

V:

Dne:

Podpis:

Příloha č. 2

PODROBNÁ KAZUISTIKA - KLIENT 1

Rodinná anamnéza

Matka (54 let), celý život se živí jako prodavačka. Nyní trpí kardiovaskulárním onemocněním. Klienta vždy podporovala, ať už se nacházel v jakékoli životní situaci. Klient maminku velice miluje a má strach, že o ni přijde.

Otec (†34 let), alkoholik, zemřel na vážná zranění po autonehodě. Klient si na otce nevzpomíná, byl velice malý, když od nich otec odešel a poté se s ním nevidal.

Otčím (54 let), též dost holduje alkoholu, nevlastním otcem je od klientových dvanácti let. Nikdy spolu moc nevycházeli kvůli jeho chování k matce a mladšímu bratrovi.

Starší bratr (34 let), nyní je s klientem v kontaktu a snaží se ho podporovat. Má již svou vlastní rodinu a s manželkou vedou bistro v menším městě na severu Čech.

Mladší bratr (18 let), sportovec, nemá s klientem žádný vztah, klienta zavrhl již v dětství, nestýkají se.

Osobní anamnéza

Klient se narodil do úplné rodiny, maminka se starala jak o něj, tak i o staršího bratra se kterým společně vyrůstali. Otec, náruživý konzument alkoholu od rodiny odešel, když bylo klientovi pět let. Matku i děti po konzumaci alkoholu fyzicky napadal. Matka otci trpěla jak alkohol, tak nevěru i fyzické násilí, jelikož finančně zajišťoval celou rodinu a chod domácnosti. Po odchodu otce se rodina ocitla ve finanční tísní a matka byla nucena hledat nového otce pro své děti. Začala pracovat jako prodavačka a snažila se dětem zajistit vše potřebné. Po letech přivedla do rodiny nového partnera, který se však chlapcům moc nezamlouval, protože byl až příliš podobný jejich otci. Domácnost se po čase rozrostla o nového člena, který byl středem pozornosti. Klient se dostal k drogám již v mladém školním věku, nejspíše proto ani nedostudoval. Dost experimentoval a naučil se vydělávat hraním hazardních her, prostitucí a prodejem drog. Pod vlivem drog objevil svůj talent pro malování a nyní je malování, hlavně žen, jeho jediným koníčkem. Zálibu též nachází v ženách, především prostitutkách, se kterými se „na svobodě“ stýká nejvíce. Považuje je za svou další závislost a náplň svého života.

Zdravotní anamnéza

V raném dětství neměl klient nijak závažné zdravotní problémy, kromě klasických dětských nemocí, jako jsou například plané neštovice a další. Zhruba ve dvanácti letech si zlomil při sáňkování pravou ruku a zlomenina musela být sešroubována.

V roce 2005 byla klientovi zjištěna hepatitida C, kterou získal kvůli sdílení injekčního náčiní při aplikaci drogy. Léčbu interferonem nastoupil až ve výkonu trestu, v dubnu roku

2016. Testy na HIV v roce 2005 byly negativní. Jiné zdravotní komplikace klient nemá a žádné léky kromě interferonu neužívá.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Ve dvanácti letech se klientův život začal měnit. Získal nového otce, kterého nenáviděl a musel se začít pořízovat jeho pravidlům a výchově. Pomalu se začal začleňovat do společnosti kamarádů, kteří měli podobnou rodinnou situaci, a trávil s nimi spoustu času na ulici, aby se nemusel vracet brzy domů. Říká, že zkoušel zahánět vnitřní zlost a nevyrovnanost pitím alkoholu a kouřením marihuany, což ho spojovalo s kamarády. Postupem let však začal experimentovat i s jinými návykovými látkami, což ho nakonec dohnalo k závislosti, a tím spojenými psychickými problémy. U psychologa nikdy nebyl, ani jako malé fyzicky týrané dítě, ani jako dospívající či dospělý muž.

Za svůj život klient prodělal nespočet toxických psychóz. Předávkoval se pervitinem a popisuje halucinace, sugesce, že ho sledují policisté a lidé v okolí, vidiny a slyšeny. Klient též popisuje pocity beznaděje a ztrátu smyslu života. Nikdy se však nepokusil o sebevraždu. V určitých chvílích si klient začal uvědomovat, že je toho na něj příliš a rozhodl se, že se chce jít léčit. Některá jeho přesvědčení však netrvala dlouho, jiná ho zase posunula o kus dál. S psychiatrem se klient poprvé setkal až při substituční léčbě metadonem.

Klientovi byla v psychiatrické léčebně diagnostikována porucha F 19. 2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek. Syndrom závislosti

Sociální anamnéza

S učením klient vážné problémy nikdy neměl, na základní škole patřil mezi průměrné žáky. Základní školu ukončil bez problémů. Po absolvování základní školy nastoupil na střední odborné učiliště a chtěl se vyučit lakýrníkem. Bohužel již v té době začal experimentovat s drogami a odešel po neúspěšném dokončení prvního ročníku. Poté klient nastoupil na jiné učiliště a snažil se na přání maminky vyučit pekařem. Na učilišti vydržel však jen čtyři měsíce a poté školu opustil. Stále se stýkal s kamarády ze základní školy, se kterými si utvářel různé návyky. Jiné kamarády, než uživatele, klient nemá a nikdy neměl. Říká, že o ně ani nikdy nestál.

Partnerské vztahy navazoval vždy velice dobře, v kolektivu uživatelů byl oblíbený. Jeho první láskou byla studentka gymnázia, která byla členkou kamarádského kolektivu klienta. Později též uživatelka. Vztah ukončila ona, kvůli klientově nevěře. Poté, zhruba po půl roce, začal klient vyhledávat pouze příležitostné vztahy s vyzývavými dívkami, což se mu velice zalíbilo. Další jeho láskou byla a stále zůstává jeho velice dobrá kamarádka, která se živí prostitucí. Hovoří o ní jako o kamarádce, ne jako přítelkyni, i když zmiňuje, že ji miluje, ale vzhledem k jejich povahám a životnímu stylu jsou kamarádi.

Klient nikdy nepracoval. Finance si obstarával prostitucí, krádežemi, později i výrobou a distribucí drog. Jak sám říká, finančně nikdy nestrádal a pokud ano, vždy mu vypomohla maminka. Své dluhy klient nemá zcela zmapované, ale při posledním zjišťování měl dluhy zhruba okolo 500 000 Korun. Dluží dopravním podnikům, pojišťovně a poškozeným v souvislosti s jeho trestnou činností.

Trestně-právní anamnéza

Klient se dostal poprvé do konfliktu se zákonem již ve třinácti letech, kdy byl přistižen při krádeži drobných věcí v obchodě. Postupem let se mu adrenalin spojený s krádežemi začal líbit a v dospělosti drobné krádeže přerostly v krádeže financí a poškozování majetku. Vězněn byl celkem čtyřikrát a dohromady byl ve výkonu trestu odnětí svobody deset let. Odsouzen byl vždy za krádeže, i když páchal i jinou trestnou činnost, za kterou souzen nikdy nebyl. Tato trestná činnost se týká především výroby a distribuce pervitinu, dále distribuce subutexu a benzodiazepinů. Poprvé byl ve výkonu trestu odnětí svobody v roce 2005 na jeden rok, podruhé nastupoval do výkonu trestu v roce 2007 na tři roky, potřetí v roce 2011 na čtyři roky a nyní je ve výkonu trestu od roku 2016.

Nyní má klient jeden rok do výstupu. Klient hovoří o tom, že si je vcelku jist, že se do vězení vrátí, jelikož si neumí představit, že by se obešel bez páčání trestné činnosti. Hovoří především o krádežích peněz, které mu přináší určité vzrušení a uspokojení. Vypráví o situacích, kdy chodil po ulici s několika tisíci v peněžence, ale i přesto měl nutkavou potřebu zajít do obchodu či přepadnout člověka na ulici jen aby mohl ukrást pár stovek korun.

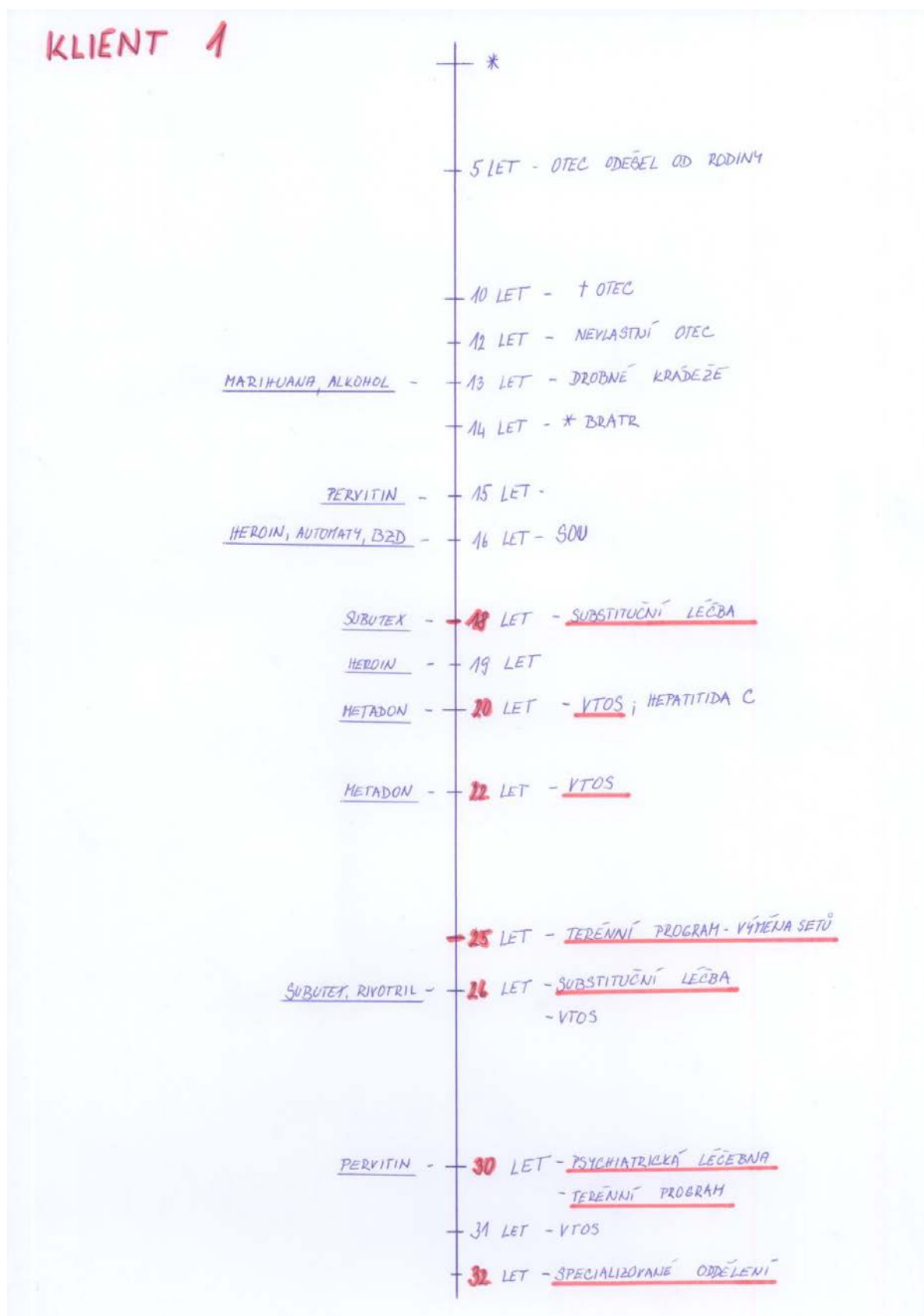
Další vývoj

S klientem jsem se poprvé setkala na své odborné stáži ve věznici na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou používáním omamných a psychotropních látek na konci minulého roku. Osobně s klientem v kontaktu nejsem, ale mám možnost se na klienta informovat prostřednictvím terapeutického týmu na specializovaném oddělení, nebo opět navštívit věznici a s klientem se setkat osobně. Dle dostupných informací se klient stále nachází ve výkonu trestu a pomalu se připravuje na výstup, který ho čeká na konci listopadu tohoto roku. Klient si bude vyřizovat sociální příspěvky a plánuje se po propuštění vrátit do rodného města, s čímž mu bude nápomocná maminka. Klient prozatím nemá v plánu docházet nikam na léčení.

Závěr a shrnutí

Klient vyrůstal v neúplné rodině s maminkou a starším bratrem. V pubertálním věku získal nevlastního tatínka, kterého neměl rád a nedokázal se podřídit jeho autoritě. Začal se vzpírat a bojoval s nepříznivou situací v rodině pomocí sdružování se s kamarády na ulici a v ruchu velkoměsta. Zálibu si nacházel v alkoholu a kouření marihuany, což se postupně rozvíjelo v experimentování s různými návykovými látkami. V souvislosti

s užíváním drog klient začal páchat i trestnou činnost, kvůli níž strávil podstatnou část svého života ve vězení.



PODROBNÁ KAZUISTIKA - KLIENT 2

Rodinná anamnéza

Matka (56 let), krom problémů s pamětí je zcela zdravá, jako babička vychovává dva syny klienta. S klientem udržuje pravidelný kontakt, podporuje ho a pomáhá mu s finančními problémy.

Otec (†41 let), alkoholik, zemřel na rakovinu žaludku, měl i vážné zdravotní komplikace spojené s alkoholismem, především cirhózu jater.

Starší bratr (34 let), v minulosti byl uživatelem návykových látek, nikdy se neléčil, abstinuje od narození svého prvního syna (nyní již osm let). Má svou vlastní rodinu, ženu a dva syny. Občas užívá marihuanu.

Starší sestra (32 let), uživatelka návykových látek, žije odděleně od rodiny a s nikým se nestýká.

Starší syn (3,5 roku), klient je nevlastním otcem, ale osvojil si ho. S matkou syna se seznámil ještě před jeho narozením, a kvůli lásce k partnerce přiznal otcovství.

Mladší syn (1 rok), klient je jeho biologickým otcem. Oba synové nyní žijí u matky klienta, babičky, která je vychovává. Matka synů je uživatelka, která o syny nejeví zájem.

Osobní anamnéza

Klient vyrůstal jako nejmladší dítě ve stínu svých sourozenců, kteří si ho v dětství dobírali kvůli jeho vzhledu, konkrétně odstátým uším, brýlím a rovnátkům. Klient uvádí, že měl oporu pouze v mamince, která se mu snažila vynahrazovat zlomyslné sourozence a otce, který si ho nevšímal. Byl tedy upřednostňovaný a rozmazlovaný maminkou, kvůli čemuž si sourozence více zneprátelel.

Když bylo klientovi dvanáct let, jeho otec zemřel a maminka se zhroutila a uzavřela se. Najednou klient neměl nikoho, kdo by se mu věnoval a podporoval ho. Problémy v rodině se odrazily na klientově chování a též školním prospěchu. Kvůli nevhodnému chování obzvláště ve škole, byl klient dokonce i v nápravném zařízení a péči psychologa.

K drogám se klient poprvé dostal již na základní škole, kde začal experimentovat s marihuanou. Později vyzkoušel i pervitin a heroin.

Zdravotní anamnéza

V dětství klient netrpěl žádnými závažnými zdravotními komplikacemi. Teprve až v dospělosti klient prodělal operaci tukové podkožní bulky a operaci očí, trpěl krátkozrakostí. V současné době je zdravý a žádné léky neužívá. Byl testován na HIV i hepatitidu C a vše bylo negativní. Jediné, co klienta nyní trápí je zvýšené vypadávání vlasů, což dle lékaře může mít spojitost s alkoholismem.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Po smrti svého otce a následné odtažitosti matky, začal mít klient problémy v sociální sféře. Ve třinácti letech začal užívat marihuanu, čímž se začal vyčleňovat z dosud známého kolektivu spolužáků. Podpora a pozornost matky pro něj byla klíčovým faktorem k udávání a udržení alespoň průměrného tempa ve školním prostředí. Cítil se osaměle a vyhledával pozornost mezi lidmi, kteří ho viděli takového, jaký je. Okolnosti, které této situaci předcházely, změnily klientovo chování jak v rodině, tak ve třídním kolektivu. Klient začal projevovat vulgaritu k učiteli a budoval si své postavení mezi spolužáky pomocí jejich šikany. Kvůli tomu se později, v patnácti letech, ocitl v péči psychologa v nápravném zařízení.

V dospělosti se během léčení setkal s psychologem i psychiatrem v rámci ambulantní léčby, dále pak s psychoterapeutem v terapeutické komunitě. Klientovi byla diagnostikována porucha F 19. 2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek. Syndrom závislosti.

Sociální anamnéza

Na prvním stupni základní školy byl klient průměrným žákem, později, v šesté třídě začal mít problémy s prospěchem i chováním. Sedmou třídu opakoval dvakrát. Po základní škole nastoupil na střední odborné učiliště a chtěl se vyučit číšníkem. Školu bohužel opustil již v prvním pololetí prvního ročníku.

Klient nebyl nikdy oficiálně zaměstnán, od třinácti let se živil prodejem marihuany a později prodejem jiných drog, pracoval pouze ve výkonu trestu odnětí svobody.

Za životní lásku považuje svou bývalou přítelkyni, se kterou dodnes udržuje kamarádský vztah. V minulosti byla též uživatelkou návykových látek, nyní abstnuje a má svou rodinu.

Před čtyřmi lety se seznámil s matkou svého syna, která v té době byla těhotná, a společně užívali pervitin. Klient se o ženu staral během těhotenství a po porodu si osvojil její dítě a přiznal otcovství. O pár let později mu žena dala i druhého syna. Klient s matkou svých dětí neví. Žena je nadále uživatelkou drog a jakékoli léčení odmítá. O děti zájem nejví a žije na ulici se svým současným přítelem. Klient uvádí, že ke konci jejich vztahu začala být žena hrozbou nejen pro něj, ale i pro oba syny. Údajně měla klientovi vyhrožovat v kuchyni s nožem v jedné ruce a novorozencem v druhé, čímž se snažila dosáhnout finanční pomoci. Oba dva syny má nyní v péči babička, matka klienta.

Finance si klient obstarával prodejem marihuany, pervitinu a extáze. Dluhy klienta se pohybují okolo 100 000 korun. Dluží především soudům a pojišťovně.

Mezi klientovy záliby patří hlavně zahradničení, čemuž by se chtěl po propuštění z výkonu trestu plně věnovat. Realizovat toto přání bude však složité, jelikož v domě, který klient zdědil po svém otci, a kde by chtěl do budoucna žít i se svou matkou a oběma syny, nyní žije jeho starší sestra, uživatelka.

Trestně-právní anamnéza

Klient byl odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody celkem dvakrát. Pokaždé byl souzen kvůli výrobě a distribuci omamných a psychotropních látek. Klient uvádí, že se jiné trestné činnosti nikdy nedopustil. Poprvé nastoupil do věznice v devatenácti letech a propuštěn byl ve čtyřiaadvaceti letech. Vězení opouštěl se soudně nařízenou ambulantní léčbou.

Podruhé nastoupil výkon trestu ve dvaceti sedmi letech a propuštěn bude za tři roky, tedy v jednatřiceti letech. Dohromady tedy klient bude devět let ve vězení za výrobu a distribuci drog.

Další vývoj

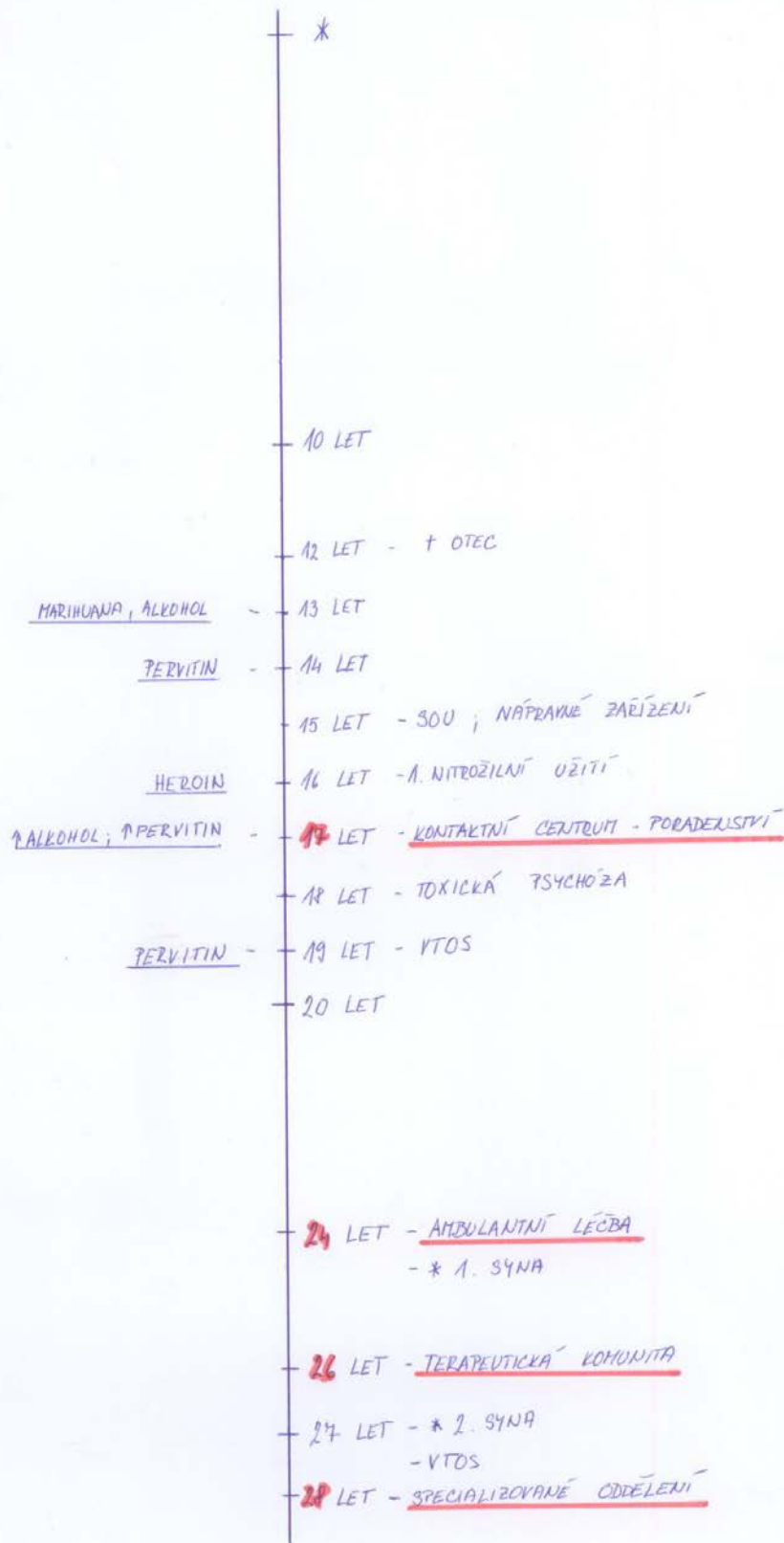
S klientem jsem se poprvé setkala v rámci své odborné stáže na konci roku 2016. Na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek pobýval několik měsíců a dle dostupných informací se klient na specializovaném oddělení stále nachází.

Klient má v plánu po ukončení výkonu trestu nastoupit léčbu v terapeutické komunitě, kterou si bude zajišťovat před výstupem z věznice. O pomoc se zprostředkováním léčby bude klient žádat personál věznice.

Závěr a shrnutí

Klient již od malička vyžadoval větší pozornost, především od své matky a později od lidí, ke kterým z nějakého důvodu vzhlížel. Po smrti otce přišel o pozornost matky a snažil se na sebe upozornit změnou chování, které přerostlo v rizikové chování spojené s užíváním drog a páchání trestné činnosti. Svou zálibu našel v konzumaci alkoholu a užívání pervitinu. Kvůli užívání návykových látek a s tím spojenou trestnou činností, strávil poměrnou část svého života ve vězení. Během uplynulých let, kdy klient užíval, se stal dvojnásobným otcem. Jeho synové jsou pro něj nyní novou nadějí a zároveň motivací, proč by rád svůj život změnil.

KLIENT 2



PODROBNÁ KAZUISTIKA - KLIENT 3

Rodinná anamnéza

Otec (†42 let), zemřel, když byly klientovi čtyři roky. Klient ho měl nalézt na půdě oběšeného. Spáchal sebevraždu kvůli neúnosné finanční situaci. Zadlužil sebe a celou rodinu kvůli závislosti na hazardních hrách.

Matka (†47 let), zemřela, když bylo klientovi devět let. Dle klienta trpěla kardiovaskulárním onemocněním a zemřela udušením. Klient měl maminku velice rád a dodnes se nevzpamatoval z její smrti.

Starší bratr (44 let), v minulosti se stýkali, nyní už o sobě přes deset let nevědí.

Starší bratr (46 let), od malička o bratrovi klient neslyšel.

Strýc (59 let), bratr matky se o klienta staral po ztrátě obou rodičů zhruba jeden rok, poté, co nezvládal klientovu výchovu, svěřil dítě zpět do dětského domova.

Nevlastní matka (†56 let), otcova bývalá přítelkyně si klienta adoptovala, když mu bylo dvanáct let. Zemřela na rakovinu slinivky v osmnácti letech věku klienta.

Osobní anamnéza

Klient byl nejmladším dítětem v rodině. Věkový rozdíl mezi ním a bratry byl deset a dvanáct let, tudíž se sourozenci neměli vrstevnické vztahy. Otec od rodiny odešel na popud matky kvůli hraní automatů, když byly klientovi tři roky. Odstěhoval se k přítelkyni, se kterou žil v jejím domě. Když byli klientovi čtyři roky a byl u svého otce přes víkend, údajně ho měl nalézt na půdě oběšeného. Jak jsem již zmiňovala, klientův otec spáchal sebevraždu, kvůli neúnosné finanční situaci způsobenou jeho hazardním hraním automatů.

Klient tedy zůstal sám s maminkou a bratry. Kvůli dluhům byla rodina nucena se přestěhovat do malé chatky na samotě v lese bez elektřiny. Když bylo klientovi devět let, žil na chatě už sám s maminkou. V zimě zapadali sněhem a bylo obtížné se dostat do nejbližšího města. Klientova matka trpěla kardiovaskulárním onemocněním, které ji ohrožovalo na životě. Jelikož bylo v tuto roční dobu vcelku nemožné zajistit matce lékařskou péči, zemřela na následky svého onemocnění a udusila se. Klient popisuje, jak držel svou matku v náručí, když umírala a posléze pobýval v chatce tři dny s jejím mrtvým tělem, než přijel na návštěvu strýc a odvezl ho k sobě domů.

Klient pobýval zhruba rok u svého strýce, který měl již svou vlastní rodinu a klienta přehlížel. Trauma, které si klient prožil, na něm zanechalo následky, což se odrazilo i v jeho problémovém chování. Strýc nezvládal chování chlapce a umístil ho do dětského domova, ze kterého byl chlapec přeražen do diagnostického ústavu.

Ve dvanácti letech si klienta osvojila otcova bývalá přítelkyně, která se snažila klientovi vynahradiť matku. Klient popisuje, že s nevlastní maminkou byl velice spokojený a měl ji moc rád. Když bylo klientovi osmnáct let, nevlastní maminka mu zemřela na rakovinu slinivky. Klient, ač plnoletý se najednou ocitl sám bez blízkých a rodinného zázemí. Opustil střední školu a začal žít po ubytovnách a později u kamarádů, se kterými se v té době seznámil. Začal užívat heroin a později i pervitin.

Zdravotní anamnéza

Klient popisuje, že v dětství prodělal operaci slepého střeva, zhruba v osmi letech věku. Dále měl zlomenou pravou horní končetinu a pravou dolní končetinu. V dětství též trpěl častými angínami a běžnými dětskými nemocmi.

Byl testován na hepatitidu C i na HIV a výsledky byly negativní.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Po smrti maminky se klientovo chování značně změnilo. Strýc, který ho měl v péči, nezvládal jeho výchovu, a proto byl klient umístěn do dětského domova, a poté do diagnostického ústavu, kde se poprvé setkal s psychologem. Klient uvádí, že se psycholog snažil pracovat s klientem na potlačovaném traumatu spojeném s matčinou smrtí.

Další psychologickou a psychiatrickou péči klient využil až v souvislosti s léčbou závislosti. Poprvé v roce 2006, kdy se předávkoval pervitinem a prodělal toxickou psychózu, díky které si uvědomil, že by se chtěl léčit. Klient uvádí, že dohromady prodělal tři toxické psychózy, první v roce 2006, další v roce 2011 a 2014, které nastaly ve výkonu trestu odnětí svobody.

Klientovi byla diagnostikována porucha F 15. 2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním stimulantů. Syndrom závislosti

Sociální anamnéza

Na základní škole byl klient průměrným žákem. Po smrti matky se však jeho studijní výsledky zhoršily a byl nucen čtvrtou třídu opakovat. V šestnácti letech byl přijat na střední hotelovou školu, kterou si vysnil. Nevlastní matka ho podporovala a společně se věnovali studiu cizích jazyků. Klient se dále věnoval i sportu, především fotbalu, ale pouze rekreačně. Dále měl zálibu v zimních sportech, jako je lyžování či jízda na běžkách. Po smrti nevlastní matky, ve druhém ročníku střední školy, ukončil studium a do školy se již nevrátil. Na veškeré koníčky zanevřel a z peněz, které mu zůstaly po nevlastní matce, využil na dočasné bydlení po ubytovnách, kde se seznámil s nynějšími kamarády, kteří ho přivedli nejdříve k heroinu, později i k pervitinu. Od devatenácti let klient bydlel buď u kamarádů, nebo byl na ulici.

Klient oficiálně zaměstnán nikdy nebyl, využíval pouze občasných brigád za dob studia jako číšník či pomocná síla v kuchyni. Ve výkonu trestu odnětí svobody pracoval dohromady pět let.

Finance si klient obstarával prodejem drog a drobnými krádežemi. Dluhy klienta se pohybují okolo 170 000 korun. Klient dluží především soudům.

Partnerské vztahy klient snadno nenavazoval. Nikdy neměl dlouhodobý vážný vztah a uvádí, že nikdy nebyl zamilovaný. Ve svém životě měl tři sexuální partnerky. Všechny tři ženy jsou uživatelkami pervitinu a klient popisuje jejich vzájemný vztah jako kamarádský.

Trestně-právní anamnéza

Klient strávil celkem osm a půl roku ve výkonu trestu odnětí svobody a nyní mu zbývá pět let do výstupu z vězení. Stráví tedy dohromady třináct a půl roku ve věznici. Klient byl odsouzen kromě distribuce drog také za krádeže, kterých se dopouštěl v souvislosti se svou drogovou kariérou a tíživou životní situací. Poprvé byl klient odsouzen k výkonu trestu za krádeže na šest měsíců ve dvaceti letech. Poté byl odsouzen k výkonu trestu ve čtyřiaadvaceti letech na 24 měsíců, v sedmadvaceti letech na pět let a nyní je ve věznici již jeden rok a pět let mu do ukončení trestu zbývá.

Další vývoj

S klientem jsem se poprvé setkala v rámci své odborné stáže na konci roku 2016. Na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek pobýval pár měsíců a dle dostupných informací se klient na specializovaném oddělení stále nachází.

Klient má v plánu po ukončení výkonu trestu nastoupit léčbu v psychiatrické léčebně, ve které před lety neuspěl, a kterou si vybral právě proto, aby si dokázal, že je natolik silný a nyní zde léčbu úspěšně dokončí.

Závěr a shrnutí

Klient měl velmi těžké a traumatizující dětství. Jako dítě byl svědkem smrti obou rodičů, následně ho vlastní strýc umístil zpět do dětského domova a poté co našel mateřskou lásku a rodinné zázemí u nevlastní matky, ztratil kvůli rakovině i ji. Jako dítě či dospívající se o drogy ani návykové látky nikdy nezajímal. Jak jsem se již zmínila, nikdy neměl potřebu experimentovat s tabákovými výrobky či marihuanou.

Klient podlehl skupinovému nátlaku a touze opět někam patřit v době své plnoletosti, kdy se mu jeho dosavadní život převrátil naruby. Stal se uživatelem heroinu, později i pervitinu, který se stal jeho primární drogou. V souvislosti s finanční situací se klient dostal do konfliktu se zákonem a stráví přes třináct let ve vězení.

KLIENT 3

	*
	4 ROKY - † OTEC
	9 LET - † MATKA
	10 LET - DĚTSKÝ DOMOV
	11 LET - DIAGNOSTICKÝ ÚSTAV
	12 LET - OSVOJENÍ NEVLASTNÍ MATKOU
	16 LET - ŠŠ
<u>HEROIN</u>	18 LET - † NEVLASTNÍ MATKA
	19 LET - 1. NITROŽILNÍ UŽITÍ
	20 LET - VTOS
<u>PERVITIN</u>	21 LET - ODVYKACÍ STAV
	22 LET - <u>TERÉNNÍ PROGRAM - VÝMĚNA SETŮ</u>
	23 LET - TOXICKÁ PSYCHOZA - <u>PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA</u>
	24 LET - VTOS
	26 LET - <u>TERÉNNÍ PROGRAM - VÝMĚNA SETŮ</u>
	27 LET - VTOS
<u>PERVITIN</u>	28 LET - TOXICKÁ PSYCHOZA
	30 LET
<u>PERVITIN</u>	31 LET - TOXICKÁ PSYCHOZA
	32 LET - <u>TERAPEUTICKÁ KOMUNITA</u> - <u>TERÉNNÍ PROGRAM - VÝMĚNA SETŮ</u>
	33 LET - VTOS
	34 LET - <u>SPECIALIZOVANÉ ODŘELENÍ</u>

PODROBNÁ KAZUISTIKA – KLIENT 4

Rodinná anamnéza

Otec (†44 let), zemřel, když bylo klientovi sedmnáct let při dopravní nehodě.

Matka (†54 let), zemřela, když bylo klientovi dvacet devět let. Klient byl ve výkonu trestu odnětí svobody a neví, na co jeho matka zemřela.

Starší bratr (39 let), živí se jako podnikatel, nyní jsou v kontaktu.

Starší sestra (37 let), žije na druhém konci republiky, nestýkají se.

Starší sestra (36 let), uživatelka pervitinu, v minulosti velmi blízký vztah, nyní už se nestýkají.

Mladší sestra (30 let), uživatelka návykových látek, nestýkají se.

Mladší bratr (28 let), uživatel návykových látek, nestýkají se.

Dcera (14 let) – s dcerou ani s její matkou se klient nestýká.

Dcery, dvojčata (8 let)- dcery má klient se svou manželkou, se kterou již léta nežije, a nyní se nestýkají.

Osobní anamnéza

Klient pochází z úplné rodiny, je prostředním dítětem mezi pěti sourozenci. Nejblíže vztah měl ke své mamince a starší sestře, která pro něj byla vzorem. Své dětství klient nepopisuje jako šťastné. Na základní škole byl šikanovaný a později, když získal potřebnou sílu a sebevědomí, stal se agresorem sám, což se odrazilo nejen na jeho školním prospěchu, ale i na vzájemných vztazích se spolužáky. Po smrti svého otce ztratil klient i jeho sourozenci autoritu v rodině a každý z dětí si začalo „jít svou vlastní cestou“, popisuje klient. Na učilišti začal experimentovat s různými návykovými látkami a páchat trestnou činnost v podobě drobných krádeží. K pervitinu, jako k primární droze, ho přivedla jeho starší sestra. Nejvíce ve svém životě klient lituje toho, že se pohádal se svou maminkou před nástupem do výkonu trestu a než se s ní stačil usmířit a omluvit se, maminka zemřela a klient se s ní nemohl rozloučit.

Zdravotní anamnéza

Klient trpěl v dětství častými bronchitidami, kvůli kterým byl neustále hospitalizován v nemocnici. Tato situace se kolem dvanácti let věku zlepšila.

V sedmadvaceti letech byla klientovi diagnostikována hepatitida C, která byla následně léčena interferonem. Klient byl též testován na HIV, které bylo negativní.

Nyní je klient bez vážných zdravotních komplikací, v současnosti neužívá žádné léky a cítí se zdrav.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Klientova první zkušenost s psychologickou péčí byla již na základní škole v deseti letech, kvůli šikaně, které se na něm dopouštěli spolužáci. Následně na to byl klient přeřazen do jiné třídy, kde se situace zlepšila. O tři roky později se kvůli své agresivitě opět dostal do péče školního psychologa.

V dospělosti se klient s žádným psychologem ani psychiatrem nesetkal, vyjma terapeutického programu na specializovaném oddělení, kde s terapeutickým týmem pracuje na své závislosti.

V souvislosti s užíváním pervitinu klient prodělal jednu toxickou psychózu, která postupně sama odezněla, a klient odbornou péči nevyhledal.

Klient trpí poruchou F 15. 2 - poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním stimulantů. Syndrom závislosti.

Sociální anamnéza

Na základní škole klient nevynikal. Jeho studijní výsledky byly podprůměrné. Ve čtvrté třídě byl šikanovaný třídním agresorem především kvůli barvě pleti a špatné mluvě, konkrétně koktání. O tři roky později, když klient získal potřebné sebevědomí a fyzickou sílu, začal být agresorem sám a snažil se vydobýt si ve třídě respekt násilím. Klient též uvádí, že cítil úlevu, když se touto cestou mohl spolužákům pomstít.

Na středním odborném učilišti, kde se klient vyučil truhlářem, začal experimentovat s marihuanou a jinými omamnými látkami. Střední odborné učiliště úspěšně dokončil.

Po dokončení školy klient vyhledával pracovní příležitosti v podobě příležitostných brigád, především výškové práce či montáže oken. Oficiálně zaměstnán byl později u svého bratra ve firmě, kde pracoval na pile. Poté co byl nucen od bratra odejít kvůli své závislosti na pervitinu, obstarával si finance krádežemi a násilnými trestnými činy. Dluhy spojené se životním stylem klienta činí zhruba 40 000 korun, především za pobyty ve vězení.

Partnerské vztahy klient navazoval snadno. Hovoří o čtyřech životních partnerkách. Svou první přítelkyni poznal klient v devatenácti letech. Byla to též uživatelka pervitinu a stýkali se spolu především za účelem sexu. Přítelkyně však otěhotněla a porodila klientovi dceru.

O rok později byl klient nucen nastoupit do výkonu trestu odnětí svobody a žena odmítla čekat na klientovo propuštění. Od té doby klient svou dceru a její matku párkrát navštívil, ale nyní se již nestýkají. Ve čtyřadvaceti letech klient poznal svou druhou životní partnerku na rodinné oslavě bratrancových narozenin. O rok později se klient oženil a žena mu porodila dvě dcery. V devěadvaceti letech se klient seznámil s oslnivou, o dvacet let starší ženou, která řídila vlastní podnik v horách, takzvaný „veselý dům“. Kvůli dostupnosti pervitinu a finančnímu zázemí, které tato žena nabízela, klient opustil

svou ženu. V jedenatřiceti letech se klient zamiloval do bývalé partnerky svého bratra, sociální kurátorky, se kterou má bratr osmiletého syna. Doposud jsou s klientem partneři.

Trestně-právní anamnéza

Klient se poprvé ocitl ve výkonu trestu odnětí svobody v jednadvaceti letech. Byl odsouzen za krádež a násilnou trestnou činnost na dvacet čtyři měsíců. Po výstupu z výkonu trestu byl klient necelé tři roky na svobodě, přičemž dále páchal trestnou činnost ve spojitosti s užíváním pervitinu a tíživou finanční situací.

Podruhé klient nastoupil k výkonu trestu v sedmadvaceti letech, opět na dva roky. Nyní je klient již dva roky ve vězení, z čehož zhruba rok pobývá na specializovaném oddělení.

Naposledy byl klient odsouzen na sedm let, tudíž z výkonu trestu bude propuštěn zhruba v devětatřiceti letech. Klient byl vždy odsouzen za majetkovou trestnou činnost, či za násilnou trestnou činnost.

Další vývoj

S klientem jsem se poprvé setkala v rámci své odborné stáže na konci roku 2016. Na specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou chování způsobenou užíváním omamných a psychotropních látek, kde pobýval již zhruba rok a dle dostupných informací se klient na specializovaném oddělení stále nachází.

Klient nemá v plánu po ukončení výkonu trestu se dále jakkoli léčit. Věří si natolik, že je odhodlaný se sám postavit své závislosti a za podpory svých blízkých dokázat změnit svůj životní styl. Klient by rád navázal vztahy se svými dcerami a do budoucna by si přál zplodit syna, který by nesl jeho jméno. Za pomoci svého bratra se klient plánuje vrátit do práce k pile, kterou mu pod podmínkou abstinence přislíbil.

Závěr a shrnutí

Jako dítě se klient potýkal s pocitem méněcennosti způsobeným šikanou. Nahromaděná frustrace se později projevila agresivitou vůči ostatním lidem, aby dosáhl pocitu zadostiučinění. Jako prostřední dítě mezi pěti sourozenci nikdy nevynikl a pozornost, kterou jako dítě potřeboval, nacházel pouze u maminky a starší sestry. Dle klienta, po smrti otce postrádal v rodině mužský vzor a pevnou ruku. Klient je po celý život pod vlivem žen, které se v jeho životě objevily. Jako dítě a dospívající vzhlížel ke své starší sestře, která ho přivedla ke konzumaci alkoholu a později i k užívání pervitinu. Postupem času se klientovo jednání přizpůsobovalo potřebám partnerek.

KLIENT 4

	- *
	- 10 LET - ŠIKANA NA ZŠ
	- 13 LET - ŠIKANA ZE STRANY KLIENTA
<u>ALKOHOL</u>	- 14 LET
	- 15 LET - SOU
<u>MARIJUANA</u>	- 16 LET
<u>LSD, HOUČIČKY</u>	- 17 LET - † OTEC
<u>PERVITIN</u>	- 18 LET
	- 19 LET - 1. ŽIVOTNÍ PARTNERKA
<u>PERVITIN</u>	- 20 LET - * DCERA - INTRAVENÓZNÍ UŽÍVÁNÍ
	- 21 LET - VTOS
<u>PERVITIN</u>	- 24 LET - 2. ŽIVOTNÍ PARTNERKA - TOXICKÁ PSYCHOZA
	- 25 LET - SVATBA
	- 26 LET - * 2 DCERY
	- 27 LET - VTOS - HEPATITIDA C
	- 28 LET - † MATKA
<u>PERVITIN</u>	- 29 LET - 3. ŽIVOTNÍ PARTNERKA - <u>KONTAKTNÍ CENTRUM - VÝHĚNA SETU</u>
	- 30 LET
	- 31 LET - 4. ŽIVOTNÍ PARTNERKA
	- 32 LET - VTOS
	- 34 LET - <u>SPECIALIZOVANÉ ODŘELENÍ</u>

Seznam otázek pro klienty na specializovaném oddělení:

Záchytné body při rozhovoru s klienty

- Jak a kdy probíhalo vstupní vyšetření ve službě, kterou jste využil?
- Byla s Vámi ve službě uzavřena dohoda či smlouva o poskytování odborných služeb v písemné či ústní podobě?
- Byl s Vámi v léčbě sestaven individuální léčebný plán?
- Účastnil jste se aktivně na určení cílů své léčby?
- Byly podle Vás stanovené cíle realizovatelné?
- Dokážete popsat stanovené cíle?
- Byly Vaše aktuální potřeby v léčbě naplněny?
- Byl dle Vašeho názoru typ a forma odborné služby pro Vás v aktuální životní situaci vhodný?
- Máte pocit, že služby, které jste využil, mezi sebou spolupracovaly?

Příloha č. 4

Písně, které si klienti specializovaného oddělení složili a zpívají je za doprovodu kytary při uvítacím a rozlučkovém rituálu.

Uvítací rituál – píseň

1. Tak Tě u nás vítáme, v klubu divných týpků,
kteří budou rodinou na nemalou chvíli.

2. I když budeš mít na nás zlost, my srovnáme Tvou závislost.
Tak se drž a naslouchej, a život si dohromady dej.

3. Tak Tě u nás vítáme, v klubu divných týpků,
kteří budou rodinou na nemalou chvíli.

Rozlučkový rituál – píseň

1. Tak už se tu zase scházíme a s jedním se loučíme.
Jó kámo, byl si jeden z nás, teď přišel už Tvůj čas.

Ref: Tak se měj a pozor na sebe dej.
Tak se měj a pozor na sebe dej.

2. My přejeme Ti lepší časy, nezapomeň na naše hlasy.
Život bez drog lepší bude, jinak z Tebe nic nezbude.

Ref: Tak se měj a pozor na sebe dej.
Tak se měj a pozor na sebe dej.

3. Tak už padej rychle pryč, přišel čas se rozloučit.
Tak už padej rychle ven a něco si z písně vem.

Ref: Tak se měj a pozor na sebe dej.
Tak se měj a pozor na sebe dej.

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]

